# PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

# 2004-2007

# POUR LA GASPÉSIE ET LES ÎLES-DE-LA-MADELEINE

*Ce document a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine le 8 mai 2004.*

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Gaspésie–
Îles-de-la-Madeleine

***Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine a été élaboré par :***
La Direction de santé publique de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

***Coordination générale des travaux :***
Christian Bernier, M.D., directeur régional de santé publique
Christiane Paquet, coordonnatrice surveillance et promotion-prévention
Denis Loiselle, coordonnateur en maladies infectieuses et infections transmises sexuellement

***Coordination de la rédaction :***
Christiane Paquet, coordonnatrice surveillance et promotion-prévention

***Rédaction :***
Marie Chagnon, agente de planification en santé environnementale
Wilber Deck, médecin spécialiste en santé publique
Nathalie Dubé, agente de recherche
Denis Loiselle, coordonnateur en maladies infectieuses et ITS
Christiane Paquet, coordonnatrice surveillance et promotion-prévention
Daniel Smolla, coordonnateur en santé au travail

***Membres du comité aviseur régional :***
Véronique Allard, membre du C. A. du Regroupement des organismes communautaires Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine (ROCGÎM)
France Duguay, chef d'administration de programmes, CLSC-CHSLD Pabok
Geneviève Giguère, membre du C. A. du ROCGÎM
Marie-Renée Tremblay, coordonnatrice du ROCGÎM
Christian Guillemette, chef d'administration de programmes, Centre de santé Le Rivage
Jean-Claude Plourde, directeur général, CLSC Mer et Montagnes

*Tous les professionnels de la DSP ont participé activement à l'élaboration du* Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 *dans leur domaine respectif. La liste des professionnels ayant pris part à l'élaboration du Plan se retrouve en annexe à la fin du document.*

***Révision linguistique et mise en page :***
Claudine Lamontagne, secrétaire

***Publication et diffusion :***
Agence de développement de réseaux locaux de service de santé et de services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine – Direction de santé publique
205-1, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5

***Note au lecteur :***
Le genre masculin utilisé dans le texte désigne aussi bien les hommes que les femmes et n'est utilisé qu'à seule fin d'alléger le texte.

ISBN : 2-923129-12-1
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004

106-03504/

# *TABLE DES MATIÈRES*

***INTRODUCTION*** ..... 5

***CHAPITRE 1*** : Les fondements du Programme national et du Plan d'action régional ..... 11
1.1 Les fonctions de santé publique ..... 13
1.2 Des repères pour une éthique en santé publique : les valeurs et les principes privilégiés ..... 13
1.3 Les stratégies ..... 15

***CHAPITRE 2*** : La Gaspésie et les Îles : un survol de sa situation socioéconomique ..... 23

***CHAPITRE 3*** : Les programmes et les activités de santé publique pour la population gaspésienne et madelinienne ..... 27
Domaine 1 : Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies infectieuses chez les jeunes et les familles ..... 31
Domaine 2 : Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes ..... 57
Domaine 3 : Les maladies chroniques et les habitudes de vie chez les adultes 67
Domaine 4 : Les traumatismes non intentionnels ..... 85
Domaine 5 : Les maladies infectieuses chez les adultes ..... 91
Domaine 6 : La santé environnementale ..... 109
Domaine 7 : La santé au travail ..... 117

***CHAPITRE 4*** : Plan de mobilisation des ressources ..... 131
4.1 La Loi sur la santé publique et quelques notions relatives au plan de mobilisation ..... 133
4.2 Les étapes de mise en opération du plan de mobilisation ..... 135

***CHAPITRE 5*** : Plan de surveillance ..... 139

***CHAPITRE 6*** : La mise en œuvre du plan d'action ..... 143
6.1 Modalités de mise en œuvre à l'échelle régionale ..... 145
6.2 Modalités de mise en œuvre à l'échelle locale ..... 146

***CONCLUSION*** ..... 149

***RÉFERENCES*** ..... 151

***ANNEXE*** ..... 155

# *INTRODUCTION*

En décembre 2001, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi sur la santé publique, laquelle propose notamment :

> *« [...] l'adoption par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'un programme national de santé publique de même que l'adoption de plans d'action régionaux par les régies régionales et de plans d'action locaux par les établissements qui ont pour mission d'exploiter un centre local de services communautaires. Ce programme et ces plans d'action ont pour objet d'encadrer les différentes fonctions de la santé publique, soit la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et, enfin, la protection de la santé de la population lorsque celle-ci est menacée par des agents biologiques, chimiques ou physiques susceptibles de causer des épidémies au sein de la population. »* (Loi sur la santé publique, juin 2001, notes explicatives)

Depuis lors, l'élaboration d'un programme national de santé publique, de plans d'action régionaux et locaux de santé publique sont des obligations respectives du MSSS, des régies régionales (maintenant agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux) et des CLSC, enchâssées au chapitre II de la Loi sur la santé publique, notamment aux articles suivants :

> *« 7. En conformité avec la politique de santé et de bien-être, le ministre élabore un programme national de santé publique qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local.*
>
> *8. Le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne :*
>
> *1° la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants;*
> *2° la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population;*
> *3° la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population;*
> *4° la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction.*
>
> *Le ministre peut ajouter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne tout autre aspect de santé publique qu'il estime nécessaire ou utile d'inclure au programme.*
>
> *Dans l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population.*

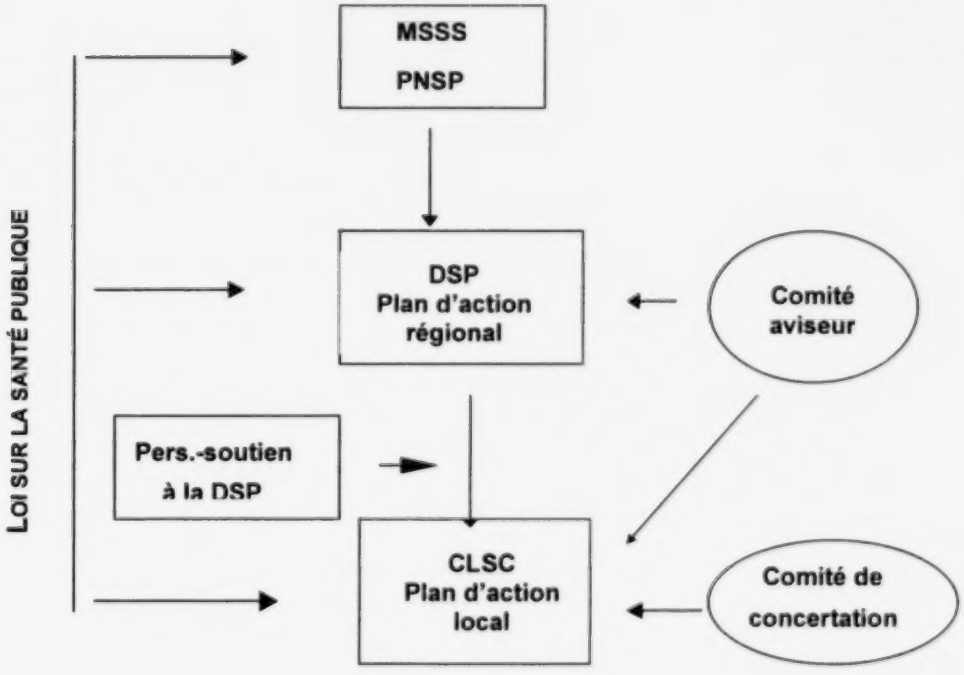
*11. Les régies régionales doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique. Ce plan d'action doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et il doit tenir compte des spécificités de la population du territoire de la régie régionale.*

*14. Les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. L'élaboration du plan doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés. Ce plan doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional, compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement.* » (Loi sur la santé publique, articles 7, 8, 11, 14).

Nous invitons le lecteur à se référer à la Figure 1 pour visualiser les instances impliquées dans l'élaboration et l'implantation du programme et des plans d'action de santé publique.

**FIGURE 1**

***Instances impliquées dans l'élaboration et l'implantation des plans d'action de santé publique***



Quant à lui, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (*PNSP*) a été lancé en novembre 2002 lors des Journées annuelles de santé publique. En prise sur les grands déterminants de la santé et du bien-être, de même que sur les principaux problèmes confrontant les populations et les individus, le *PNSP* précise les objectifs de santé à poursuivre dans le domaine de la santé publique. Ces objectifs sont regroupés selon six grands domaines d'intervention qui sont les suivants :

- Développement, adaptation et intégration sociale;
- Habitudes de vie et maladies chroniques;
- Traumatismes non intentionnels;
- Maladies infectieuses;
- Santé environnementale;
- Santé en milieu de travail.

Pour chacun de ces grands domaines d'intervention, le programme identifie les populations visées par les objectifs poursuivis de même que les activités à réaliser. Ces dernières sont directement liées aux fonctions de santé publique, lesquelles sont :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population;
- La promotion de la santé;
- La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes;
- La protection de la santé;
- La réglementation, la législation et politiques publiques ayant une influence sur la santé;
- La recherche et l'innovation;
- Le développement et le maintien des compétences.

Le Plan d'action régional de santé publique vient, quant à lui, indiquer pour la période 2004-2007, les objectifs, les programmes requis et les actions que la DSP entend mener pour s'acquitter de sa mission. À l'instar du *Programme national de santé publique 2003-2012*, les activités que nous proposons dans ce qui suit concernent notre mission et : *« [...] se rattachent à l'une ou l'autre des fonctions de santé publique suivantes : promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, protection de la santé [...]* » (MSSS, 2002, p. 33). Pour nous aussi l'efficacité des actions retenues constitue un critère d'inclusion :

> *« Dans la majorité des cas, elle est établie à partir d'évaluations menées selon des protocoles rigoureux, dont les résultats sont rapportés dans la documentation scientifique; dans d'autres cas, elle est fondée sur un consensus d'experts. Il s'agit alors d'activités qui, bien que leur efficacité ne soit pas encore démontrée, portent sur des déterminants dont l'influence sur la santé est importante et clairement établie; [...]* » (MSSS, 2002, *Programme national de santé publique 2003-2012*, p. 33)

Par ailleurs, nous optons également pour le réalisme dans le choix des programmes et des actions que nous entendons contribuer à mettre en œuvre. Cela veut dire que nous avons tenu compte dans nos choix, de notre connaissance de la région, de ses ressources, de ses forces et de ses limites, de même que de notre propre réalité organisationnelle de « petite » Direction de santé publique. Le Plan d'action régional de santé publique n'est donc pas un étalage de toutes les possibilités, n'est pas un catalogue des programmes de santé publique à compter duquel il suffirait de passer des commandes à un comptoir régional qui n'aurait qu'à livrer la marchandise. Le Plan d'action régional de santé publique est plutôt l'affirmation de choix reposant notamment sur une lecture de notre capacité d'agir. Ajoutons qu'en grande majorité, les programmes ou activités considérés comme étant requis, dans chacun des domaines, s'inscrivent en continuité des années passées. La plupart sont déjà implantés partiellement dans la région et demeurent à

consolider. Donc, des énergies sont à investir pour parfaire le travail en vue d'offrir à la population ces programmes et activités de santé publique de façon complète et satisfaisante.

Résumons donc les critères ayant prévalu au choix des programmes et actions retenus par la DSP dans son Plan d'action régional :

- respecter les balises de la mission d'une direction de santé publique;
- s'inscrire en cohérence avec le *PNSP*;
- rechercher l'efficacité au regard de l'impact démontré de la mesure proposée sur l'une ou l'autre des dimensions suivantes : la protection de la santé publique, la prévention des problèmes sociaux et de santé ciblés par le *PNSP*, la promotion de la santé publique;
- être réaliste. Cela veut dire que nous avons tenu compte, dans nos choix, de notre connaissance de la région, de ses ressources, de ses forces et de ses limites, de même que de notre propre réalité organisationnelle de « petite » Direction de santé publique.

Il importe de préciser que le Plan d'action régional de santé publique couvrira la période 2004-2007, et non la période 2003-2012 sur laquelle porte le *PNSP*. Ce choix au regard de la portée temporelle du Plan d'action régional de santé publique repose, lui aussi, sur une intention de réalisme. En effet, le domaine de la santé publique est à la fois complexe et influencé par des facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux échappant très largement à notre pouvoir et à notre faculté de prédiction. À l'échelle de la région, il nous apparaît futile de produire une planification couvrant dix années. Comment, en effet, peut-on prévoir sur une période de dix années les événements sociaux, politiques, économiques, institutionnels, etc., qui exerceront forcément une influence considérable sur nos choix d'action, comme direction de santé publique? La souplesse et la réactivité sont donc des qualités à rechercher, même au cœur d'un processus de planification qui exige une projection en avant, dans le temps, vers un avenir peu prévisible. Nous optons donc pour une planification sur deux années, laquelle sera revue à la fin de cette période, tantôt pour réaffirmer des orientations et voies d'action, tantôt pour en poser de nouvelles qui seront mieux adaptées à la réalité en mouvement.

Ces précisions apportées, voici le contenu du Plan d'action régional de santé publique, lequel se divise en six chapitres. Nous débutons au **premier chapitre** en présentant les fondements sur lesquels s'appuient le *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003) ainsi que notre Plan d'action régional de santé publique. Plus précisément, nous rappelons d'abord les grandes fonctions de santé publique, et présentons ensuite les valeurs et les principes privilégiés pour intégrer une dimension éthique à la pratique en santé publique. Nous terminons le chapitre en faisant le tour des stratégies que nous retenons et qui détermineront la façon de mettre en œuvre les programmes et activités de santé publique pour la population de notre région. Au **deuxième chapitre**, nous faisons un bref survol de la situation socioéconomique de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine et passons ensuite au troisième chapitre, le cœur de notre Plan d'action régional. En effet, c'est dans ce **troisième chapitre** que nous présentons pour chacun des grands domaines d'intervention, un état de situation régionale au regard des principaux problèmes de santé et de bien-être, les objectifs que nous poursuivons ainsi que les programmes et activités que nous jugeons requis pour notre population et qui contribueront à l'atteinte de nos objectifs. Les grands domaines d'intervention concernant directement la santé et le bien-être de la population et se retrouvant dans notre plan sont les suivants :

1. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies infectieuses chez les jeunes et les familles.
2. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes.
3. Les maladies chroniques et les habitudes de vie chez les adultes.
4. Les traumatismes non intentionnels.
5. Les maladies infectieuses chez les adultes.
6. La santé environnementale.
7. La santé au travail.

Nous présentons ensuite au **quatrième chapitre** le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région, lequel précise notamment les étapes à suivre lorsque la santé de la population est menacée et que les capacités d'intervention de la Direction de santé publique sont dépassées. Le **cinquième chapitre** traite pour sa part de la notion de plan de surveillance alors que nous voyons, au **sixième chapitre**, les modalités de mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique à l'échelle régionale, puis à l'échelle locale. Nous terminons le document par une courte conclusion.

Ceci dit, nous passons maintenant au premier chapitre sur les fondements du *Programme national de santé publique* et de notre Plan d'action régional.

# CHAPITRE 1

## *LES FONDEMENTS DU PROGRAMME NATIONAL ET DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL*

# *LES FONDEMENTS DU PROGRAMME NATIONAL ET DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL*[1]

## 1.1 LES FONCTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* prend d'abord appui sur les fonctions de santé publique, qui définissent la nature des activités à offrir pour améliorer la santé de la population.

Les quatre premières fonctions, appelées **fonctions essentielles**, marquent le caractère distinctif de l'action en santé publique. Ainsi, la **surveillance** continue de l'état de santé de la population comprend les activités qui permettent d'évaluer l'état de santé de la population et de recueillir des données sur les déterminants de la santé afin d'en informer la population et les personnes qui s'occupent de la planification des services sociaux et de santé. La **promotion de la santé et du bien-être** inclut l'ensemble des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie. La **prévention** englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux. La **protection de la santé** regroupe les activités relatives à l'intervention des autorités de santé publique auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé.

Les trois **fonctions de soutien**, pour leur part, viennent appuyer l'exercice des fonctions essentielles. La fonction appelée réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé inclut l'ensemble des activités qui visent à influer sur les règlements, les lois et les politiques de façon à ce qu'ils favorisent la santé et le bien-être de la population. La fonction désignée par les termes recherche et innovation comprend un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques nécessaires à l'exercice des autres fonctions de santé publique ainsi qu'à l'innovation et au développement de l'expertise en santé publique. Enfin, la fonction nommée développement et maintien des compétences, étroitement liée à la précédente, englobe l'ensemble des activités visant à assurer le transfert des connaissances et des pratiques aux acteurs de la santé publique pour soutenir la mise en œuvre du programme et permettre à ces derniers d'avoir un rôle de meneurs dans les projets à réaliser dans les milieux de vie et les communautés.

## 1.2 DES REPÈRES POUR UNE ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE : LES VALEURS ET LES PRINCIPES PRIVILÉGIÉS

Des valeurs et des principes sont proposés afin de permettre d'intégrer une dimension éthique à la pratique en santé publique. La **promotion du bien commun** est une valeur qui occupe une place centrale en santé publique. Il s'agit ici du bien des groupes, des communautés, de toute forme de collectivité ou de la population en général. La santé et le bien-être – notamment l'espérance de vie en bonne santé et la qualité de vie –, la sécurité et un environnement sain représentent des biens communs particulièrement ciblés. La promotion du bien commun invite à la défense des intérêts à long terme d'une population aux dépens, parfois, de préférences individuelles ou ponctuelles.

[1] Nous reproduisons ici la majeure partie de la section 3 du *Programme national de santé publique 2003-2012*, p. 19 à 23.

La **bienfaisance et la non-malfaisance** constituent deux principes éthiques incontournables qui viennent éclairer la notion de bien commun. La bienfaisance, qui fait place à l'empathie et à la sollicitude devant la maladie ou la souffrance, traduit l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population; le souci de bienfaisance, dans les limites des responsabilités qui incombent aux acteurs de la santé publique, va de pair avec l'objectif d'un bon état de santé et de bien-être de l'ensemble de la population. La bienfaisance ne se contente toutefois pas de la bonne volonté qui sous-tend l'action, mais exige que soient évalués les bénéfices d'une intervention par rapport aux effets négatifs qu'elle pourrait causer. Quant au principe de non-malfaisance, il sous-tend l'obligation morale de ne pas nuire ni causer du tort aux autres; il rappelle l'importance de protéger la population contre les méfaits, iatrogéniques ou autres, découlant de certaines actions ou de l'omission d'agir.

---

**LES VALEURS ET LES PRINCIPES ÉTHIQUES PRIVILÉGIÉS**

- Le bien commun
- La bienfaisance
- La non-malfaisance
- L'autonomie
- Le respect de la confidentialité et de la vie privée
- La responsabilité
- La solidarité
- La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables
- La justice

---

Il souligne aussi l'importance de justifier l'intervention d'une manière qui tient compte de ses effets négatifs, que ceux-ci soient directs ou indirects. Enfin, les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance renvoient, de façon particulière, à des principes d'une autre nature, notamment l'incertitude et la précaution. Le principe d'incertitude invite à questionner périodiquement les évidences, même solides, dans la planification des interventions. Le principe de précaution, pour sa part, met en garde contre l'inaction quand les risques pour la santé sont mal connus ou mal caractérisés, ou encore lorsque les connaissances sur les façons d'intervenir sont lacunaires tandis que les risques pour la santé sont graves et irréversibles. Si la bienfaisance et la précaution invitent à l'action, la non-malfaisance et l'incertitude convient à la prudence.

L'amélioration de la santé et du bien-être, tout en étant centrée sur le bien commun, repose sur la reconnaissance de la capacité de l'être humain à faire ses propres choix de vie ainsi que sur le respect des personnes et de leur intégrité. Les activités de la santé publique s'inscrivent ainsi dans le respect de **l'autonomie des personnes**, de cette capacité de gouverner leur propre vie et de définir elles-mêmes ce qui est bien, souhaitable, tolérable ou acceptable pour elles-mêmes ou pour les personnes dont elles sont responsables. Ce principe est associé à des valeurs comme la liberté et l'indépendance. Le **respect de la confidentialité et de la vie privée** est une règle qui va de pair avec le respect de l'autonomie des personnes. Elle prend une importance particulière dans toute situation qui implique l'utilisation de données nominatives à des fins de surveillance, de recherche ou d'intervention. Toute personne a le droit de définir, elle et elle seule, quels sont les aspects de sa vie privée qu'elle accepte de divulguer en ce qui concerne, par exemple, son bagage héréditaire ou génétique, son état de santé ou une exposition antérieure à des risques pour la santé. On peut dès lors pressentir les conflits possibles entre la nécessité de protéger la santé de l'ensemble de la population, qui peut demander la collecte et la communication de renseignements personnels, et l'exigence de respecter l'autonomie et le droit à la confidentialité des personnes.

Par ailleurs, la valeur associée à la notion de **responsabilité** occupe une place importante au regard de la santé et du bien-être de la population. On peut même parler ici d'équilibre entre la responsabilité sociale, incarnée par l'État et les différentes organisations sociales, et la responsabilité individuelle des citoyens. La responsabilité sociale à l'égard de la santé de la population ne dispense pas le citoyen d'exercer sa responsabilité individuelle. En effet, chaque citoyen porte la responsabilité de ses choix; il doit se préoccuper des conséquences de ceux-ci non seulement sur sa santé et son bien-être personnels, mais également sur la santé et le bien-être de toute la collectivité. Toutefois, faire appel à la responsabilité individuelle risque d'être inutile si, sur le plan social, les conditions requises pour l'exercice de cette responsabilité ne sont pas mises en place. L'État doit en effet s'assurer qu'il prend tous les moyens nécessaires pour promouvoir le bien commun, le protéger et assurer l'égalité des chances de tous les citoyens quant à la santé et au bien-être. En collaboration avec les différents acteurs sociaux, il se doit de soutenir le développement des capacités des citoyens à faire des choix tout en s'assurant de mettre en place les conditions qui facilitent ces choix, ces conditions étant souvent hors de contrôle de la sphère individuelle – par exemple les conditions sociales ou les aménagements collectifs sur lesquels chaque citoyen n'a que peu ou pas d'emprise.

En corollaire, la coresponsabilité de la société et du citoyen s'exprime à travers la valeur de **solidarité**. Si la responsabilité possède deux facettes – responsabilité de la société envers le citoyen et du citoyen par rapport aux efforts collectifs pour défendre le bien commun –, la solidarité a aussi deux facettes : empathie et assistance de l'ensemble de la société dans la recherche de la santé et du bien-être, et engagement du citoyen à tolérer certains empiètements sur son autonomie. La solidarité sociale fait en sorte, d'une part, que la collectivité se préoccupe de répondre aux besoins des personnes et des groupes et, d'autre part, que la majorité des citoyens s'engage dans des actions susceptibles d'améliorer la santé de la population, ces deux mouvements s'imposant souvent comme des conditions à l'efficacité de l'action en santé publique.

Cette solidarité sociale permet de prendre en compte les besoins particuliers de groupes de personnes qui présentent davantage de problèmes ou de facteurs de risque. Le portrait de l'état de santé de la population montre clairement que la santé ne se distribue pas également dans la population : les groupes défavorisés au point de vue socioéconomique, certaines minorités ethniques ou encore d'autres groupes, en raison de leur âge, de leur sexe ou de diverses conditions, sont plus susceptibles d'avoir différents problèmes psychosociaux ou de santé. La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables occupe donc une place légitime parmi les valeurs à respecter en santé publique.

La préoccupation à l'égard des individus, des groupes et des communautés vulnérables n'est pas étrangère au principe plus large de justice, qui implique une réponse impartiale aux besoins, en matière de santé et de bien-être, des personnes et des groupes qui composent la population. Ce principe de justice suppose un exercice de recherche d'équilibre entre des mesures universelles pour tous et des mesures sélectives pour les personnes et les groupes vulnérables. De même, la justice entre les générations appelle à considérer la durabilité des effets. D'autres considérations, relatives notamment au sexe, au genre ou à la culture, sont susceptibles d'être abordées lorsque le principe de justice est évoqué. Ce principe inclut la notion de non-discrimination, selon laquelle une intervention juste n'exposera pas les groupes cibles à la discrimination, à l'étiquetage social ou à la stigmatisation.

## 1.3 LES STRATEGIES

La compréhension de ce qui détermine l'état de santé de la population a un effet sur le choix des stratégies. Ces stratégies exercent une influence transversale sur l'ensemble des domaines d'intervention, de façon à ce qu'un ensemble d'activités convergent pour agir sur des facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Les stratégies retenues invitent

au partage des responsabilités à cet égard; le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population résultent en effet de l'engagement des personnes, des familles, des communautés ainsi que des acteurs appartenant aux secteurs communautaire, public et privé à agir sur les déterminants pour favoriser la santé.

---

**LES STRATÉGIES RETENUES**

- Renforcer le potentiel des personnes.
- Soutenir le développement des communautés.
- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être.
- Soutenir les groupes vulnérables.
- Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

---

**Renforcer le potentiel des personnes**

La santé et le bien-être de la population reposent en bonne partie sur le potentiel des personnes, c'est-à-dire sur leurs capacités physiques, psychologiques, comportementales et sociales, à décider pour elles-mêmes et à exercer une certaine maîtrise sur leur vie. Le rôle de la santé publique est ici de reconnaître ce potentiel et d'en soutenir le développement par des actions axées non seulement sur l'information, mais aussi sur le maintien et l'acquisition de compétences qui permettent aux personnes de faire les choix les mieux éclairés quand il est question de leur santé ou de leur bien-être. La santé et le bien-être passent ainsi par l'*empowerment* des personnes.

**Soutenir le développement des communautés**

Le rôle de la santé publique en ce qui concerne le développement des communautés est de favoriser et de soutenir la participation des personnes qui composent ces communautés à un processus visant à déterminer les problèmes de santé les plus importants pour elles et les solutions les plus appropriées à leur apporter; il s'agit en fait de soutenir le processus d'*empowerment* des collectivités. Cette stratégie suppose l'engagement des acteurs locaux et régionaux, le recours à l'approche communautaire et le partenariat avec les autres secteurs en vue de favoriser la réalisation de projets issus des communautés et axés sur leur santé et leur bien-être. L'expertise de la santé publique peut soutenir la concertation préalable à la réalisation de tels projets ainsi que la mise en œuvre, l'animation et l'évaluation de ces projets.

Pour illustrer plus concrètement, voici quelques exemples de programmes que l'on retrouve dans le présent plan d'action et qui sont porteurs d'une stratégie de développement des collectivités. Nous invitons le lecteur à se référer aux tableaux synthèses présentés à la fin de chaque section du chapitre 3 pour avoir un aperçu plus complet des programmes s'inscrivant notamment dans cette stratégie de développement des collectivités :

- Services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité (suivi de santé en complémentarité avec le médecin traitant; suivi psychosocial; suivi nutritionnel incluant OLO et PCNP; soutien aux proches de la femme enceinte avec un accent particulier sur le soutien au père, la promotion et la stimulation de l'engagement paternel; soutien à l'amélioration des habitudes de vie; accompagnement vers les ressources du milieu et les services appropriés; service d'aide aux relevailles; soutien à l'allaitement maternel ou à un mode d'alimentation adapté au

nourrisson; soutien au développement global de l'enfant par le renforcement des interactions parents-enfants et la stimulation infantile);
- Intervention globale et concertée en milieu scolaire;
- Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants, des adolescents et de leur famille.

Par ailleurs, un des principaux partenaires de la DSP dans cette stratégie de développement des collectivités sont, outre les CLSC, les organismes communautaires de la région et principalement les organismes communautaires autonomes. Dans ce qui suit, nous citons de larges extraits du *Cadre de référence sur les interactions de la Régie régionale et des organismes communautaires* (RRGÎM, 2001) pour bien situer la contribution des organismes communautaires à la santé et au bien-être de la population, et plus particulièrement à la stratégie de développement des collectivités :

> « *Les organismes communautaires autonomes sont engagés socialement envers la population qui les a fait naître et le bien-être des citoyennes et des citoyens est au cœur de leur action quotidienne. Dans leur mode de fonctionnement, les organismes communautaires autonomes se sont donnés des formes diversifiées de vie démocratique où les membres jouent un rôle actif.*
>
> *Historiquement, les groupes d'action communautaire autonome reçoivent leur mandat de leurs membres issus de la communauté et doivent leur rendre compte de leurs actions. C'est sur la base de ce contrôle démocratique par les membres que se décide la vie de l'organisme. Cette autonomie de décision et d'action amène les organismes communautaires autonomes à rester à l'écoute des besoins des populations et à déceler de nouvelles problématiques.*
>
> *Les pratiques développées par les organismes communautaires autonomes considèrent les personnes dans leur intégralité, à l'intérieur de leur environnement, et non pas seulement à partir d'un problème spécifique. Elles visent à soutenir la prise en charge des personnes par elles-mêmes dans le but d'identifier des solutions durables aux situations problématiques. Plutôt que d'appliquer des recettes toutes faites, ces pratiques souples et évolutives permettent d'adapter les interventions aux réalités vécues et favorisent le développement de l'autonomie à l'intérieur d'une démarche collective. Pour ce faire, chaque organisme communautaire autonome doit pouvoir déterminer librement ses règles et ses normes de régie interne pour répondre de façon adéquate à la mission, aux orientations et aux objectifs fixés par ses membres en regard des besoins identifiés dans et par le milieu.*
>
> *La diversité est une caractéristique du mouvement d'action communautaire autonome et une de ses richesses. Les missions, les modes de fonctionnement et les activités se situent sur un large éventail. On retrouve des groupes centrés sur la défense des droits, des actions éducatives et politiques, et des services à la population. Dans la région, au sein d'un même organisme communautaire autonome, les types d'activités les plus fréquentes sont celles d'écoute, de soutien, de relation d'aide, d'information et de sensibilisation, d'accueil et de référence, d'accompagnement et de suivi. Également, des activités éducatives, de formation, de prévention, de défense de droits, de concertation, d'entraide et d'action collective sont organisées. Par ailleurs, des services d'hébergement temporaire sont offerts.*
>
> *Les organismes communautaires autonomes interviennent auprès des femmes, des jeunes, des hommes, des personnes démunies ou handicapées, des familles, des personnes âgées, des personnes vivant des difficultés de santé*

*mentale ou physique, de toxicomanie, de violence conjugale et familiale, de violence sexuelle, etc.*

*Les organismes communautaires autonomes de la Gaspésie et des Îles, à l'instar de ceux des autres régions, réfléchissent depuis plusieurs années sur leur identité, leurs approches et leurs actions. Les principes de base de l'action communautaire autonome sont partagés par l'ensemble des groupes. Aussi s'entend-on actuellement sur la vision suivante du mouvement communautaire autonome.*

*Les organismes communautaires autonomes se définissent dans leur variété comme constituants d'un mouvement social d'intérêt public :*

- *ils sont issus de la communauté et agissent pour la communauté;*
- *ils luttent par leurs actions quotidiennes contre l'appauvrissement, la discrimination, l'oppression et pour l'amélioration du tissu social;*
- *ils sont engagés dans des actions, des luttes sociales et politiques visant de profondes transformations des législations, des institutions, du marché et des mentalités pour contrer l'exclusion et promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes;*
- *ils contribuent à la création d'espaces démocratiques et à la revitalisation constante de la société civile.*

*Les organismes communautaires autonomes se reconnaissent les caractéristiques communes suivantes :*

***Une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et des collectivités***

*Cette vision globale tient à une définition des problèmes sociaux qui met de l'avant le contexte économique, politique, social, culturel et environnemental dans lequel vivent les personnes comme un déterminant majeur de leur bien-être et influe sur leur capacité à exercer du pouvoir sur leur vie. Cette vision globale peut prendre différentes formes : des activités d'aide et d'entraide, de prévention, de promotion de la santé et du bien-être, d'intervention individuelle, d'action collective, de défense de droits et d'éducation populaire.*

***L'enracinement dans la communauté***

*Les organismes communautaires autonomes naissent de l'identification d'un besoin par une communauté dans un milieu donné. Ils sont créés à l'initiative des membres de cette communauté. Ils suscitent la mobilisation de la communauté pour créer des lieux d'appartenance, bâtir des réseaux d'entraide, d'appui et de défense de droits.*

***Une action basée sur le respect et la reconnaissance du potentiel des groupes et des personnes***

***Une capacité d'innover pour répondre adéquatement aux besoins***

*En raison de leur enracinement dans la communauté, les organismes communautaires autonomes font généralement preuve de flexibilité et de polyvalence pour offrir à la population, par une approche alternative, des services en réponse à ces besoins. Ceci leur permet de rejoindre des populations vulnérables qui ne font pas spontanément appel au réseau public ou qui n'ont pas trouvé réponse à leurs besoins.*

***L'apport des bénévoles***

*L'apport des personnes bénévoles est très présent et s'y rattachent des valeurs telles que le respect et la liberté de l'individu. Le ou la bénévole demeure toujours libre dans le choix de la clientèle à aider, libre dans le choix de son champ d'action, libre de partager ses expériences et sa compétence, et libre de son engagement.*

***Une vision « autre » du service étroitement associée au travail d'information, de « conscientisation », de participation, de responsabilisation, de mobilisation***

*Les organismes communautaires favorisent le cheminement individuel et collectif, de façon à ce que les personnes et les groupes utilisent leurs capacités pour promouvoir leurs activités, résoudre leurs difficultés et améliorer leurs conditions de vie. Les interventions visent à accroître les capacités de prise en charge individuelle et collective, à améliorer la qualité du tissu social. C'est un lieu véritable d'exercice de la citoyenneté visant la transformation de notre société dans une perspective de justice sociale.*

***Une conception égalitaire entre toutes et tous les intervenant(e)s, participant(e)s, bénévoles et militant(e)s***

*Les intervenant(e)s utilisent une approche participative qui place les parties au cœur de la démarche.*

***Un fonctionnement démocratique***

*Les organismes communautaires autonomes vivent différentes formes de démocratie participative, car le fonctionnement des groupes communautaires repose sur la participation de la population. Ces structures démocratiques visent notamment le contrôle de la vie de l'organisme par les personnes qui y participent, la responsabilisation collective des membres et la mise en place de conditions de travail décentes pour les personnes rémunérées.*

***Un rapport volontaire à l'organisme***

*Les personnes fréquentent l'organisme et participent à une démarche sur une base explicitement volontaire.*

***Des collaborations librement consenties avec les autres ressources communautaires ou institutionnelles** » (RRGÎM, 2001, p. 19 à 22)*

**Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être**

La plupart des leviers d'action directe sur les environnements physique, social et économique appartiennent à d'autres secteurs d'activité que celui de la santé et des services sociaux. Par conséquent, il est essentiel que les acteurs de la santé publique collaborent avec ceux des autres secteurs à la mise en place de conditions et à la création d'environnements qui, dans une optique de développement durable, favorisent la santé. Les actions entreprises peuvent consister, notamment, à faciliter l'accès à des ressources, à des services ou à des équipements adéquats et à influencer les décisions de la population dans le sens de la santé et du bien-être. La contribution de la santé publique se traduit également par l'appréciation des risques pour la santé associés à des mesures ou à des projets issus des secteurs public ou privé ainsi que par la détermination de voies d'action susceptibles d'atténuer leurs effets potentiellement négatifs sur la santé.

**Soutenir les groupes vulnérables**

Afin de réduire les écarts observés dans la population en ce qui concerne la santé, il est possible d'agir sur les facteurs de vulnérabilité eux-mêmes et sur les moyens auxquels peuvent avoir recours les individus et les communautés pour diminuer les effets négatifs de ces facteurs. Les actions de la santé publique contribuent à caractériser les différentes formes de vulnérabilité et leurs conséquences sur la santé, ainsi qu'à déterminer et à mettre en œuvre les actions visant à atténuer ces conséquences. Il importe à la fois d'assurer l'accessibilité des services aux groupes vulnérables et de faire en sorte que ces services soient adaptés aux caractéristiques de ces groupes.

**Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces**

Les cliniciens interviennent en première ligne auprès de la population. Ils sont encouragés à promouvoir les comportements sains, à offrir du counselling ainsi qu'à déceler certains facteurs de risque et des problèmes encore asymptomatiques ou les premiers signes de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux. Les pratiques cliniques préventives renvoient donc à l'ensemble des interventions clinicien-patient qui visent la prévention et incluent les activités de counselling, de dépistage et de détection précoce, ainsi que les activités de vaccination et de chimioprophylaxie (PAR de la DSP de Québec, document de consultation, 2004, p. 8). À titre d'exemples d'interventions cliniques préventives, mentionnons : le counselling auprès des adultes fumeurs, concernant l'abandon du tabac et l'offre d'une thérapie de remplacement de la nicotine (timbres de remplacement de nicotine), la mammographie et l'examen clinique des seins auprès des femmes de 50 à 69 ans, la mesure de la tension artérielle chez les adultes, le counselling concernant les mauvaises habitudes alimentaires chez les adultes (*Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994). Les équipes de santé publique peuvent contribuer au soutien des pratiques cliniques préventives par la détermination des actions efficaces en la matière ainsi que par la diffusion de lignes directrices ou de guides visant à assurer le maintien ou l'intégration de telles actions dans les services offerts à la population.

**LES STRATÉGIES**

Favoriser l'*empowerment* des personnes, c'est soutenir la capacité de ces personnes à prendre des décisions et à exercer un meilleur contrôle sur leur vie.

Le développement des capacités d'une collectivité à se prendre en main et à améliorer la santé et le bien-être des personnes qui la composent fait partie du processus d'*empowerment* des collectivités.

Les actions de la santé publique conduisent inévitablement à interagir avec plusieurs secteurs de la société; ce sont notamment ceux de la famille et de l'enfance, de l'éducation, du loisir et des sports, de la justice, de la sécurité publique, de l'emploi, du revenu, du logement, de l'alimentation, de l'agriculture, de l'environnement et du transport.

Différents groupes de la population peuvent s'avérer vulnérables à divers problèmes psychosociaux et de santé; les groupes socioéconomiquement défavorisés et certaines communautés culturelles, dont les autochtones, présentent une grande vulnérabilité à un ensemble de ces problèmes.

L'exercice des pratiques cliniques préventives efficaces doit être préconisé en raison de ses effets importants sur l'amélioration de l'état de santé de la population.

# CHAPITRE 2

## *LA GASPÉSIE ET LES ÎLES :*

## *UN SURVOL DE SA SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE*

# *LA GASPÉSIE ET LES ÎLES : UN SURVOL DE SA SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE*

Avant d'aborder l'essentiel du Plan d'action régional, domaine par domaine, voici à travers les données statistiques les plus récentes que nous ayons pu obtenir[2], un survol de la situation socioéconomique de la région.

***Une population en décroissance***

La Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine est un vaste territoire peu densément peuplé où vivent près de 100 000 habitants en 2002. Depuis le début des années 80, pendant que le Québec voit sa population augmenter, on assiste dans la région au phénomène inverse : les effectifs de population connaissent une baisse de l'ordre de 13 %, et ce, en dépit des gains au chapitre de l'espérance de vie.

En effet, les hommes et les femmes de la région peuvent maintenant espérer vivre jusqu'à 74,3 ans et 81,5 ans respectivement, soit environ quatre ans de plus qu'en 1975-1977. Or, cette situation, qui a pourtant généré une augmentation notable du nombre des aînés, n'a pas été suffisante pour contrer la baisse totale des effectifs de la population gaspésienne et madelinienne. Par contre, la combinaison de ces deux phénomènes, à savoir la décroissance et les gains au chapitre de la longévité, a accéléré le vieillissement de la population. En 2002, les aînés forment 14,8 % de la population gaspésienne et madelinienne, alors que vingt ans plus tôt, ce pourcentage n'était que de 9,1 %.

***La baisse de la natalité et l'exode des jeunes, deux facteurs à l'origine de la décroissance***

La décroissance qu'a connue la population gaspésienne et madelinienne doit donc être mise en perspective avec deux autres phénomènes démographiques, à savoir la baisse de la natalité et le départ massif de jeunes Gaspésiens et Madelinots.

D'abord, au chapitre de la natalité, la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a vu son taux de natalité chuter de façon notable dans les vingt dernières années, une baisse encore plus importante que celle observée à l'échelle de la province. De 1802 naissances qu'on enregistrait dans la région en 1980, on est passé à 735 en 2000, soit une baisse d'environ 60 % du nombre de naissances. Au Québec, la diminution a plutôt été de l'ordre de 25 % au cours de cette période.

Un autre facteur, propre celui-là aux régions comme la nôtre, vient expliquer non seulement la baisse des effectifs de la population gaspésienne et madelinienne, mais aussi son vieillissement accéléré. Il s'agit de l'exode massif des jeunes, notamment vers les centres urbains. Entre 1991 et 2001, plus de 40 % des jeunes ont quitté la Gaspésie et les Îles, soit une perte nette d'environ 9 000 jeunes. Pour une bonne part d'entre eux, ils sont partis pour poursuivre des études collégiales ou universitaires, ou en raison des difficultés qu'ils éprouvent à trouver ici un travail satisfaisant (Rousseau, 2000). À ce sujet, on ne peut évidemment faire abstraction des fermetures d'usines qu'a connues la région dans les dernières années, notamment à Chandler et à Murdochville, lesquelles n'aident en rien à la rétention des jeunes et même des moins jeunes dans la région.

---

[2] Sauf avis contraire, les données de cette partie proviennent de l'Institut de la statistique du Québec, 2003.

***Ces gens qui restent***

Malgré les nombreux départs de jeunes et de familles complètes, une forte majorité de la population décide ou a, à tout le moins, la possibilité de continuer à vivre ici. Cette population qui reste est toutefois moins scolarisée que celle du Québec. En effet, près de 48 % des Gaspésiens et Madelinots n'ont pas terminé leurs études secondaires, alors que moins de 32 % des Québécois partagent cette réalité. À l'inverse, 8,2 % des gens de notre région détiennent un certificat ou un diplôme universitaire contre 17,2 % des Québécois. Cependant, que ce soit en Gaspésie et aux Îles ou dans l'ensemble de la province, le décrochage scolaire touche encore aujourd'hui une forte proportion de jeunes : selon les données du ministère de l'Éducation du Québec, le taux de sortie sans diplôme du secondaire chez les jeunes de moins de 20 ans est de 36 % dans notre région et de près de 32 % au Québec en 2001-2002.

Par ailleurs, la Gaspésie et les Îles est plongée depuis longtemps dans une réalité difficile au chapitre de l'emploi, et cela perdure encore aujourd'hui. À preuve, le taux de chômage avoisine les 21 % en 2002, le pourcentage correspondant au Québec n'étant que de 8,6 %. Également, alors que 60 % des Québécois de 15 ans et plus occupent un emploi rémunéré, il en va de même pour à peine 43 % des Gaspésiens et Madelinots du même âge. Avec une telle réalité économique, il n'est pas étonnant, dirons-nous en terminant, de constater que les Gaspésiens et Madelinots ont en moyenne un revenu annuel personnel après impôt de 21 % inférieur à celui des Québécois (16 043 $ contre 20 259 $).

Ces quelques données présentées, nous passons maintenant au troisième chapitre, le cœur de notre Plan d'action régional de santé publique.

# CHAPITRE 3

## *LES PROGRAMMES ET LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA POPULATION GASPÉSIENNE ET MADELINIENNE*

# *LES PROGRAMMES ET LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA POPULATION GASPÉSIENNE ET MADELINIENNE*

**Brève présentation de la structure du troisième chapitre**

Le présent chapitre se divise en sept sections, lesquelles correspondent aux sept domaines d'intervention retenus dans notre Plan d'action régional. Les domaines sont, rappelons-le :

1. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies infectieuses chez les jeunes et les familles
2. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes
3. Les maladies chroniques et les habitudes de vie chez les adultes
4. Les traumatismes non intentionnels
5. Les maladies infectieuses chez les adultes
6. La santé environnementale
7. La santé au travail

Pour chaque domaine, nous présentons d'abord un **état de situation régionale** au regard des différents problèmes de santé et de bien-être qui en font partie. Nous énumérons ensuite les **objectifs poursuivis**, lesquels sont généralement les mêmes que ceux du *Programme national de santé publique 2003-2012* (*PNSP*). De façon générale, les objectifs énumérés ici, de même que pour chacun des domaines d'intervention, sont repris textuellement à partir du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003). Ceci signifie que globalement nous adhérons aux objectifs provinciaux et que notre travail ira dans le sens de contribuer à leur atteinte au sein de la population de notre région. Il peut arriver cependant que certains objectifs provinciaux soient légèrement ajustés. À titre d'exemple, l'objectif visant à *réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes*, est déjà atteint pour notre région. Mais puisque nous n'en déduisons pas pour autant qu'il faille s'abstenir de poser des actions de prévention des grossesses à l'adolescence, nous ajustons cet objectif de la façon suivante : *Maintenir à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes*. Par ailleurs, quelques rares objectifs sont issus d'autres sources que le *PNSP*. Lorsque cela est le cas, la source de l'objectif sera indiquée entre parenthèses.

Par la suite, nous indiquons les **programmes et les activités** qui, de notre point de vue et en concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*, sont **requis** en vue d'atteindre ces objectifs. Rappelons ici les critères qui ont prévalu à la sélection des programmes et activités :

- respecter les balises de la mission d'une direction de santé publique;
- s'inscrire en cohérence avec le *PNSP*;
- rechercher l'efficacité[3] au regard de l'impact démontré de la mesure proposée sur l'une ou l'autre des dimensions suivantes : la protection de la santé publique, la prévention des problèmes sociaux et de santé ciblés par le *PNSP*, la promotion de la santé publique;
- être réaliste. Cela veut dire que nous avons tenu compte dans nos choix, de notre connaissance de la région, de ses ressources, de ses forces et de ses limites, de même que de notre propre réalité organisationnelle de « petite » Direction de santé publique.

[3] L'efficacité est établie à partir d'évaluations menées selon des protocoles rigoureux, dont les résultats sont rapportés dans la documentation scientifique; dans d'autres cas, elle est fondée sur un consensus d'experts. (MSSS, 2002, p. 33)

Par ailleurs, nous prenons soin de spécifier quel organisme est le **premier responsable** de la mise en place de chacun des programmes ou activités auprès de la clientèle ciblée. Le premier responsable c'est donc l'organisme ou l'établissement qui doit prendre en charge l'action directe auprès de la population. À titre d'exemple, s'il s'agit de développer et de diffuser une campagne régionale d'information de la population, la DSP doit être considérée comme premier responsable. En revanche, s'il s'agit d'offrir des services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité, alors les CLSC en sont les premiers responsables. Cette notion de premier responsable n'exclut aucunement que d'autres organismes ou établissements puissent avoir un rôle à jouer dans l'offre de services. C'est pourquoi, pour chaque programme requis, nous identifions systématiquement qui sont les **principaux collaborateurs** de l'organisme responsable. Ceci veut dire concrètement que l'organisme responsable devrait activement s'associer à ses principaux collaborateurs pour planifier, mettre en œuvre et évaluer son action.

Finalement, nous énumérons les **actions précises que s'engage à réaliser la DSP** au cours de la période couverte par le Plan d'action régional, pour soutenir la réalisation des programmes ou activités considérés comme étant requis. Il importe de préciser que l'ordre d'apparition des programmes requis et des actions qui seront réalisés par la DSP au cours de la période couverte ne constitue en rien un ordre de priorité.

Chaque domaine se termine enfin par un tableau où nous rappelons les objectifs poursuivis et les programmes et activités qui leur sont associés. Également, nous indiquons pour chaque programme et activité les fonctions de santé publique et les stratégies auxquelles ils répondent.

DOMAINE 1

**LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE, LES HABITUDES DE VIE ET LES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES JEUNES ET LES FAMILLES**

Dans le Plan d'action régional de santé publique, ce premier domaine regroupe l'ensemble des interventions devant être faites auprès des enfants, des jeunes et de leur famille. Il touche donc aux problèmes de santé et de bien-être pouvant être vécus par cette clientèle et pour lesquels la Direction de santé publique entend poser des actions de prévention ou de protection de la santé dans les prochaines années, à savoir la périnatalité et la petite enfance, les problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes, leurs habitudes de vie et les maladies infectieuses auxquelles ils sont vulnérables. Mais voyons d'abord l'état de situation régionale au regard des problèmes faisant partie de ce domaine.

## État de situation régionale

### A. Périnatalité et petite enfance

Plusieurs problèmes ou situations peuvent avoir des conséquences négatives sur le développement des enfants et éventuellement sur leur adaptation scolaire et même sur leur capacité à s'intégrer à la société rendus à l'âge adulte. La prématurité, l'insuffisance de poids et la présence d'anomalies congénitales à la naissance font partie de ces situations qui peuvent, notamment, conduire à des troubles du développement chez les enfants avec la cascade d'effets néfastes que cela peut engendrer dans leur vie. Or, au cours des trois années 1998, 1999 et 2000, 9,8 % des bébés sont nés avant terme en Gaspésie et aux Îles, ce qui représente une hausse importante du phénomène par rapport à ce qu'il était en 1986-1989 (5,4 %), ainsi qu'un retard notable par rapport à la situation provinciale (7,7 %).

Pour sa part, l'insuffisance de poids à la naissance n'a pas connu de variations notables dans les quinze dernières années, et ce, dans la région comme au Québec. Bien que moins fréquente que la prématurité, elle touche tout de même 6,5 % des bébés en 1998-2000 en Gaspésie et aux Îles, lequel pourcentage ne se distingue toutefois pas au plan statistique de celui du Québec (5,7 %). Finalement, 7,4 % des bébés de la région, nés entre avril 1999 et mars 2002, présentaient une anomalie congénitale à la naissance, mais seulement 1,0 % sont nés avec une anomalie congénitale grave. À cet égard, la situation de la région est cependant favorable par rapport à celle de la province où 9,1 % des bébés sont nés avec une anomalie congénitale au cours de la période considérée ici.

Toujours dans le champ de la périnatalité, le *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003) vise à réduire, au Québec, la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale. La seule source de données disponible pour documenter ces problèmes est le fichier des hospitalisations. Ainsi, selon ce fichier, aucun enfant de notre région âgé entre 0 et 1 an n'a été hospitalisé pour ces causes au cours des dernières années.

Conformément aux lignes directrices sur l'allaitement maternel mises de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Dionne et Jetté, 2001), la Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a fait le choix de se donner un objectif en cette matière dans le présent Plan d'action régional. Actuellement, le taux d'allaitement est de 46,6 % en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine selon l'enquête dans les collectivités canadiennes. Quant à la situation des mères québécoises, selon cette même enquête le taux d'allaitement atteint 70,4 %. C'est donc dire toute la pertinence d'agir en ce sens pour améliorer la situation régionale à cet égard.

## B. Problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes

En 1998, 1999 et 2001[4], 340 jeunes femmes de moins de 20 ans dans la région sont devenues enceintes, ce qui correspond à un taux annuel moyen de grossesses précoces de 27,1 pour 1000. Plus précisément, 118 avaient moins de 18 ans, situant ainsi le taux de grossesse à l'adolescence à 14,5 pour 1000, soit en deçà de l'objectif fixé à 15,0 pour 1000 au niveau provincial. D'ailleurs, le taux de grossesse précoce dans notre région est depuis plusieurs années inférieur à celui de la province. Cependant, comme nous l'avons déjà observé pour des périodes antérieures, une forte proportion des jeunes femmes enceintes dans la région mènent leur grossesse à terme avec les conséquences que cela peut avoir tant sur la santé et le bien-être des enfants que sur l'avenir de ces jeunes femmes. Au cours des trois années considérées ici, 175 des 340 jeunes femmes de moins de 20 ans qui sont devenues enceintes ont poursuivi leur grossesse, soit un peu plus de la moitié, alors qu'au Québec, seulement le tiers des jeunes femmes font de même.

Depuis plusieurs années, la violence à l'endroit des enfants et des jeunes constitue une préoccupation majeure des instances du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et même, de la population en général. Au Québec comme dans notre région, les données sont cependant rares pour documenter l'ampleur de cette réalité dont sont victimes plusieurs enfants et adolescents. En fait, pour la Gaspésie et les Îles, les seules informations que nous avons sont celles relatives à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse. Or, même si l'on sait que ces données ne sont que la pointe de l'iceberg, déjà il est troublant de voir des taux de prise en charge pour cause de négligence, d'abus ou d'abandon chez les jeunes de 17 ans et moins de notre région s'élever à 15,7 pour 1 000 en moyenne au cours des deux années 1999-2000 et 2000-2001 (Lessard, 2002). En effet, exprimé autrement, c'est entre un et deux jeunes sur cent dans ce groupe qui ont fait l'objet de mesures de protection au cours de ces deux années pour cause de violence ou de négligence, soit autour de 330 jeunes à chaque année. Qui plus est, les taux de prise en charge pour ces problèmes chez les jeunes sont à la hausse depuis les dernières années, et ce, dans notre région comme au Québec (Lessard, 2002). Ce sont principalement les taux de prise en charge pour motif de négligence qui sont responsables de l'augmentation. À titre indicatif, en 2000-2001, sur les 332 enfants ayant fait l'objet de mesures de protection pour cause de violence, 279 étaient victimes de négligence (84 %), 24 d'abus physique (7,2 %), 11 d'abus sexuel (3,3 %) et 18 d'abandon (5,4 %) (Lessard, 2002).

Au chapitre plus précisément des agressions sexuelles, l'*Enquête sur la violence envers les femmes* réalisée en 1993 nous apprend que 34 % des Québécoises de 18 ans et plus interrogées lors de cette enquête ont affirmé avoir vécu au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans (Statistique Canada, 1993, tiré du Gouvernement du Québec, 2001). Toujours selon cette enquête, les femmes ainsi que les enfants et les jeunes de moins de 18 ans semblent particulièrement vulnérables à ce genre d'agression. Une autre source de données arrive aussi à ce même constat : sur l'ensemble des infractions d'ordre sexuel déclarées aux services policiers canadiens en 1997, 62 % des victimes sont des enfants ou des jeunes de moins de 18 ans et 82 % sont de sexe féminin (Statistique Canada, 1999, tiré de Gouvernement du Québec, 2001). Parmi les enfants de moins de 12 ans victimes de ce genre d'agression, près du tiers sont des garçons, les autres étant des fillettes. Il importe cependant de préciser ici que les agressions sexuelles sont parmi les crimes les moins souvent déclarés aux autorités policières par les personnes qui en sont victimes, de sorte que l'ampleur de ce problème est affectée d'une forte sous-estimation (Besserer, 1999, tiré de Gouvernement du Québec, 2001).

[4] Les données de l'année 2000 n'étaient pas disponibles au moment d'écrire cette section. Mentionnons aussi que les informations sur les grossesses précoces ont été compilées par madame Madeleine Rochon du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'ensemble des situations et problèmes documentés jusqu'ici peuvent avoir des conséquences néfastes sur la vie des enfants, notamment sur leur développement en bas âge. À ce sujet, le *PNSP* vise à augmenter la proportion d'enfants de 0 à 4 ans qui ont un développement normal ou, autrement dit, à diminuer la proportion d'enfants présentant un trouble du développement. Cependant, actuellement nous ne disposons d'aucune donnée précise sur l'ampleur des troubles du développement, et ce, dans notre région comme au Québec. Dans son *Programme national de santé publique* (2003), le Ministère évalue à 20 % le nombre d'enfants de deux ans et demi présentant un retard de développement cognitif (la source d'où provient cette donnée n'est cependant pas précisée par le Ministère). Par ailleurs, 10 à 15 % des enfants d'âge préscolaire au Québec auraient un retard dans l'acquisition du langage (Dudley et Delage, 1980; Grégoire, 1983; tirés de Hamel, 1994) et 3 à 15 % des enfants de ce même groupe d'âge manifesteraient des troubles du comportement (conduites agressives et antisociales) (Dionne, Labrecque, Saint-Louis et coll., 2000). Pour ce qui concerne le retard mental, il affecterait environ 1 % de la population, peu importe l'âge, alors que la prévalence des troubles envahissants du développement dont fait partie l'autisme serait de 10 à 15 pour 10 000 (DSM III-R, 1989).

Parmi les conséquences aux retards de développement chez les jeunes enfants, on compte notamment les troubles de conduite se manifestant à l'adolescence. Les données du Centre jeunesse pour les périodes 1999-2000 et 2000-2001 indiquent, qu'annuellement, autour de 150 jeunes de 17 ans et moins dans la région sont pris en charge par les services sociaux en raison de troubles de comportement (fugues répétitives, comportements d'automutilation, absentéisme scolaire, conduites suicidaires, usage abusif de drogue, etc.). Ce nombre correspond à un taux annuel de 7,0 pour 1000 jeunes. Les troubles de conduite se manifestent aussi chez les jeunes par des actes de délinquance comme les vols, les dommages à la propriété et les actes de violence envers autrui. En Gaspésie et aux Îles, ce sont environ 300 jeunes de 12 à 17 ans qui font l'objet chaque année d'une intervention dans le cadre de la Loi sur les jeunes contrevenants[5] (périodes 2001-2002 et 2002-2003). Précisons ici que nous ne trouverons pas dans les programmes énumérés plus loin dans le document, des programmes s'adressant spécifiquement aux problématiques de la délinquance et des troubles de conduite. L'objectif visant notamment la réduction des troubles de conduite et de la délinquance sera ciblé par une approche de promotion de la santé où on tente d'agir sur des facteurs qui sont très en amont de ces problématiques spécifiques. Par exemple, en travaillant avec les jeunes parents et les jeunes enfants dans le cadre des services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans), il y a de très fortes chances qu'on puisse prévenir, entre autres choses, les troubles de conduite et la délinquance.

Au sujet plus précisément de la violence envers les autres, une étude menée dans la région en 1998-1999 auprès de 903 jeunes âgés entre 15 et 24 ans nous apprend qu'au moment de l'étude, 21,8 % des jeunes subissaient de la violence psychologique (violence verbale et humiliation) de la part de leurs amis ou compagnons scolaires et 1,0 % vivaient de la violence physique de la part de ces derniers. D'ailleurs, dans cette étude, les amis et les compagnons d'école sont la source la plus fréquente de violence psychologique et de violence physique chez les jeunes (Rousseau, 2000). En ce qui a trait à la violence dans les relations amoureuses, l'étude de Rousseau (2000) montre que 4,8 % des jeunes de 15-24 ans disent avoir reçu des paroles blessantes de la part de leur amoureux, et 2,1 % affirment s'être sentis humiliés par ce dernier dans le mois précédant l'étude.

Plusieurs des réalités que nous venons de voir et qui touchent les jeunes ont une influence directe sur la santé mentale de ce groupe. À ce sujet, il est préoccupant de constater que 31,6 % des jeunes de 15-24 ans, dans notre région, obtiennent en 1998 un indice élevé à l'échelle de détresse psychologique, et que 12,8 % se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé mentale (Lemieux et Parent, 2002). Également, les conduites suicidaires chez les jeunes demeurent

[5] Maintenant appelée *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*

encore un phénomène troublant. Au cours des trois années allant d'avril 1999 à mars 2002, 25 hospitalisations pour tentative de suicide ont été observées auprès de jeunes Gaspésiens et Madelinots de 24 ans et moins : 7 chez les 14 ans et moins et 18 chez les 15 à 24 ans, nombres correspondant respectivement à des taux d'hospitalisation de 0,14 et de 0,44 pour 1000. Quant au nombre de décès par suicide chez les 24 ans et moins, il s'élevait à 8 de 1997 à 1999. Ces derniers jeunes étaient tous des garçons âgés entre 15 et 24 ans. Ceci dit, il est important de préciser qu'en dépit de l'attention que l'on doit accorder à la santé mentale de nos jeunes, l'ampleur de la détresse psychologique et des conduites suicidaires chez les jeunes de la Gaspésie et des Îles n'est pas différente de celle observée chez les jeunes Québécois. À titre indicatif, en 1997-1999, le taux de décès par suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans se situe à 18,7 pour 100 000 dans notre région et à 23,0 chez ceux du Québec.

### C. Les habitudes de vie des enfants et des jeunes

Au chapitre des habitudes de vie des enfants et des jeunes retenues dans le Plan régional de santé publique, on retrouve la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, les habitudes alimentaires, la pratique de l'activité physique et l'hygiène buccodentaire. Également, nous présentons dans cette section deux maladies chroniques qui affectent les enfants et les jeunes, à savoir l'excès de poids et la carie dentaire.

Pour ce qui est d'abord de la consommation de tabac, l'étude de Côté (2002) réalisée auprès de jeunes Gaspésiens et Madelinots fréquentant une école secondaire (I à V), nous apprend que 37,3 % de ces jeunes ont déclaré fumer la cigarette et 64 % d'entre eux en ferait un usage quotidien, portant ainsi à 23,8 % la proportion des jeunes du secondaire fumant régulièrement la cigarette. Les données de *l'Enquête sociale et de santé* (Lemieux et Parent, 2002) pour la Gaspésie et les Îles indiquent quant à elles qu'en 1998, 33,8 % des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré fumer la cigarette. Plus précisément, 28,2 % des jeunes de la région sont des fumeurs réguliers, c'est-à-dire qu'ils fument à tous les jours, et 5,6 % sont des fumeurs occasionnels. Fait encourageant, la proportion de jeunes de la Gaspésie et des Îles fumant régulièrement la cigarette a connu une baisse importante entre 1987 (43,6 %) et 1998 (28,2 %), de sorte que nous avons rejoint en cette matière le pourcentage provincial, lequel se situe à 28,3 % en 1998.

De plus, un des objectifs du *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003) est de réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. À ce sujet, l'*Enquête sociale et de santé 1998* nous apprend que 54 % des jeunes de 15-24 ans dans la région sont exposés de façon quotidienne ou quasi quotidienne à la fumée de tabac à la maison et 40 % le sont dans les lieux publics (Lemieux et Parent, 2002).

Par ailleurs, la consommation d'alcool est aussi une habitude relativement répandue chez les jeunes de la région : 83,4 % des jeunes de 15 à 24 ans ont bu de l'alcool dans l'année précédant l'*Enquête sociale et de santé 1998* (buveurs actuels) (Lemieux et Parent, 2002). Si le pourcentage de buveurs actuels chez les jeunes de la région est semblable à celui du Québec, les jeunes Gaspésiens et Madelinots sont par ailleurs plus nombreux en proportion à avoir une consommation élevée d'alcool : 50,6 % ont pris cinq consommations ou plus lors de la même occasion, au moins à cinq reprises dans la dernière année, contre 41,9 % chez les Québécois du même âge. Le pourcentage des jeunes buveurs ayant déclaré s'être enivrés cinq fois ou plus dans la dernière année est toutefois semblable sur les deux territoires, soit autour de 25 %.

L'étude de Côté menée, rappelons-le, auprès de jeunes de secondaire I à V en arrive à des résultats semblables pour ce qui est à tout le moins du pourcentage de buveurs actuels : 82,0 % des jeunes du secondaire ont déclaré avoir consommé de l'alcool dans les douze derniers mois précédant l'étude. De ce nombre, 12,8 % ont une consommation les catégorisant comme des consommateurs réguliers excessifs (Côté, 2002).

La consommation de drogues chez les jeunes est aussi un phénomène qui mérite une attention. En effet, en 1998, le tiers des jeunes de 15-24 ans ont affirmé avoir consommé ce produit au cours de l'année précédente, de la marijuana le plus souvent. Chez les jeunes du secondaire, c'est 54,9 % des jeunes qui ont pris de la drogue dans l'année précédant l'étude de Côté (2002). Qui plus est, 23 % des jeunes fréquentant une école secondaire sont des consommateurs réguliers de drogues, c'est-à-dire qu'ils en prennent cinq jours ou plus par mois.

Il importe cependant de dire que l'objectif à atteindre au niveau de la consommation d'alcool et de drogues n'est pas de diminuer comme telle la proportion de ces jeunes qui ont une consommation élevée ou régulière, mais plutôt de réduire les problèmes reliés à la consommation, notamment les traumatismes routiers. À tout le moins, les données présentées ici permettent d'estimer le nombre de jeunes plus à risque au regard de ce genre de problème en raison de leur style de consommation.

Dans un autre ordre d'idées, on remarque que les jeunes de notre région sont encore loin de l'objectif à atteindre au sujet de l'adoption de saines habitudes alimentaires. En effet, alors qu'on vise au Québec à augmenter à 80 % le pourcentage de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour, ce pourcentage n'est que de 54,8 % chez les jeunes de 12 à 24 ans de notre région (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001*). La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a tout de même une longueur d'avance à cet égard par rapport au Québec où le pourcentage correspondant chez les jeunes est de 46,0 %.

Ceci dit, nous savons qu'une alimentation déficiente ou non équilibrée est un facteur de risque à l'obésité. Or, en 1998, le quart des jeunes de 15 à 24 ans en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine présentaient un excès de poids (embonpoint et obésité confondus) (Lemieux et Parent, 2002). Dix ans plus tôt, soit en 1987, ce pourcentage n'était que de 16,0 %.

Au chapitre de l'activité physique, le *PNSP* vise deux objectifs chez les jeunes de 24 ans et moins. Le premier veut augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les 14 ans et moins. Or, nous ne disposons d'aucune information régionale sur la pratique de l'activité physique chez les jeunes de ce groupe d'âge, de sorte que nous ne pouvons documenter cet objectif.

Le deuxième objectif vise, quant à lui, à augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15-24 ans (notamment) qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique. Précisons ici que le niveau recommandé d'activité physique correspond en fait à une dépense énergétique de 1 000 kilo calories ou plus par semaine. D'un point de vue opérationnel, les personnes qui atteignent le niveau recommandé sont celles dites actives physiquement, c'est-à-dire celles qui font par exemple 30 minutes d'activités physiques trois fois par semaine à une intensité élevée, ou encore des séances de 30 minutes à tous les jours de façon modérée. Cependant, actuellement nous n'avons aucune donnée fiable pour notre région sur les personnes atteignant le niveau recommandé d'activité physique, ni même sur une mesure de la pratique de l'activité physique qui tienne compte de l'intensité. En dépit des limites des données de *l'Enquête sociale et de santé 1998*, mentionnons tout de même que cette étude évalue à 38,9 % la proportion de jeunes de 15 à 24 ans qui font trois fois ou plus par semaine une activité physique de loisir, résultat semblable à celui obtenu au Québec (Lemieux et Parent, 2002).

Finalement, l'enquête sur la santé dentaire indique qu'en 1996-1997, 90,4 % des élèves de 6e année de la Gaspésie et des Îles s'étaient brossé les dents la journée avant l'enquête et 39,3 % l'avaient fait 3 fois et plus durant cette journée (Dubé et Parent, 1998). Pour ce qui est de la soie dentaire, 42,1 % ont affirmé en avoir fait usage dans la dernière semaine, et 13,0 % à raison de 4 fois ou plus. Par ailleurs, quoique la qualité d'hygiène buccodentaire de nos jeunes soit semblable à celle des jeunes Québécois du même niveau scolaire, les enfants de notre région accusent encore un retard à l'indice de carie. En effet, en 1996-1997, les enfants de 6e année de

la Gaspésie et des Îles ont en moyenne 3,9 faces de dents cariées, absentes ou obturées à cause de la carie, alors que chez les jeunes du même niveau scolaire au Québec, ce nombre n'est que de 3,1 faces (Dubé et Parent, 1998). En dépit de cela, deux résultats encourageants ont été observés lors de cette enquête. Le premier, c'est que les jeunes de la Gaspésie et des Îles sont de plus en plus nombreux à se brosser les dents tous les jours, et le deuxième, que l'indice CAOF ait diminué de moitié depuis l'enquête de 1983-1984.

## D. Les maladies infectieuses chez les enfants et les jeunes

Précisons d'abord que les maladies infectieuses regroupent :

> *« [...] l'ensemble des maladies transmises par des micro-organismes, soit de nature bactérienne, virale ou autre. La contagion implique qu'un agent infectieux soit transmis à une personne réceptive. La prévention emprunte des stratégies visant à réduire la présence de l'agent (ex. : traitement des cas de coqueluche), la réceptivité des personnes (ex. : immunisation) et les voies de transmission (ex. : port du condom).* » (Jalbert, Y., dans Paquet et Roy, 2003, p. 79).

Plus précisément, les infections transmissibles sexuellement, qui font partie des maladies infectieuses, peuvent être transmises lors de contacts sexuels et, dans certains cas, lors de partage de seringues, au moment de l'accouchement ou par l'intermédiaire de produits sanguins.

Dans ce qui suit, nous présentons les données régionales sur les maladies infectieuses en les divisant selon deux grands thèmes : 1) les maladies évitables par l'immunisation et 2) le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement. Rappelons ici que nous sommes encore dans le premier domaine d'intervention, lequel ne concerne que les enfants et les jeunes de moins de 25 ans. Cependant, nous avons fait le choix de ne pas traiter ici des infections affectant les nouveau-nés, puisque les activités à faire pour prévenir ou intervenir sur ces problèmes sont réalisées dans le cadre des pratiques cliniques préventives chez les femmes enceintes, lesquelles font partie du cinquième domaine d'intervention (voir page 91). Également, les infections nosocomiales, les maladies entériques et les zoonoses seront abordées pour l'ensemble de la population au cinquième domaine. Ces précisions faites, voici le portrait de la situation régionale au regard des maladies évitables par l'immunisation chez les enfants et les jeunes de moins de 25 ans.

### LES MALADIES EVITABLES PAR L'IMMUNISATION

Au Québec, l'immunisation a permis de contrôler et même d'éliminer plusieurs maladies infectieuses. Toutefois, il faut continuer à être vigilant et à vacciner la population contre des maladies qui continuent par ailleurs d'affecter d'autres populations de la planète (MSSS, 2003). C'est ainsi que le premier objectif du *PNSP* vise à maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite et du tétanos, des maladies où aucun cas dans notre région n'a été rapporté depuis au moins les dix dernières années[6], mais pour lesquelles nous devons continuer à protéger la population.

L'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons est aussi rendue, grâce à l'immunisation, sous le seuil d'élimination au Québec comme dans notre région également. Chez les enfants et les jeunes de moins de 25 ans plus précisément, aucun cas n'a été enregistré en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine de 1997 à 2002. Or, à peine quelques années plus tôt, soit entre 1993 et 1996, 14 cas de rubéole et 7 cas d'oreillons avaient été rapportés aux autorités de santé publique de la région, d'où l'importance comme nous le disions, de demeurer vigilant et de continuer à assurer l'immunisation de base auprès des enfants.

[6] Les données présentées dans cette section couvrent les années 1993 à 2002 inclusivement.

L'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b est une autre maladie dont la propagation a pu être contrôlée par la vaccination. Dans notre région, aucun cas d'infection de cette nature n'a été déclaré au fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) dans la dernière décennie chez les enfants de moins de 5 ans.

Pour ce qui est de la coqueluche, des cas isolés continuent d'apparaître au fil des ans et c'est pourquoi, l'objectif provincial est de réduire de 50 % l'incidence annuelle moyenne de cette maladie par rapport à ce qu'elle était en 1997-2002 (MSSS, 2003). En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 79 cas de coqueluche ont été enregistrés durant cette dernière période au fichier des MADO dans le groupe des 24 ans et moins. Précisons que plus de la moitié de ces cas (49) sont survenus en 1998.

Tout comme la coqueluche, l'hépatite B aiguë connaît quelques cas à chaque année et ce nombre serait encore plus important sans nos efforts de prévention. Cette maladie est toutefois rare chez les jeunes. À preuve, la Gaspésie et les Îles ne compte aucun cas d'hépatite B aiguë dans la dernière décennie dans le groupe des 0 à 24 ans. Le nombre de personnes qui sont porteuses de ce virus demeure cependant élevé et le risque de transmission reste important pour les jeunes qui ne sont pas immunisés. Nous retenons donc l'objectif en lien avec cette maladie dans le domaine enfance-jeunesse-famille.

Par ailleurs, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, *« [...] bien qu'elles soient peu fréquentes – même lorsqu'elles connaissent une recrudescence – sont graves, imprévisibles et souvent fulgurantes dans leur mode de présentation. »* (MSSS, 2003) Dans notre région, depuis dix ans, aucun cas de cette infection n'a été déclaré chez les jeunes de 20 ans et moins, sauf celui enregistré lors de l'épidémie de 2001, laquelle a donné lieu à 57 cas au Québec.

De leur côté, les infections invasives à pneumocoque, c'est-à-dire les méningites et les septicémie à pneumocoque, sont une menace plus fréquente à la santé publique, particulièrement chez les enfants. Le Québec enregistre autour de 160 hospitalisations annuellement pour cette cause dont 43 % de celles-ci concernent des enfants âgés entre 6 mois et 2 ans. En Gaspésie et aux Îles, un seul enfant âgé entre 6 mois et 2 ans a été hospitalisé pour une infection invasive à pneumocoque entre avril 1999 et mars 2002. De plus, seulement deux cas d'infection de ce type ont été signalés chez les enfants de ce groupe d'âge depuis que ces maladies sont devenues à déclaration obligatoire en 1996.

Mentionnons finalement que nous ne retenons pas, dans le présent Plan d'action régional, l'objectif du *PNSP* en lien avec la varicelle, car il n'y a pas encore d'action en ce sens identifiée par le MSSS. Nous suivrons de près les travaux en cette matière au cours des prochaines années et, dès que les orientations ministérielles seront définies, nous les inclurons dans notre plan. Notons aussi que la varicelle n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.

### LE VIH/SIDA ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Au Québec, le nombre total de cas déclarés de sida a connu une baisse importante ces dernières années en passant de 531 cas en 1995 à 93 en 1999 (MSSS, 2003). Selon le MSSS, cette diminution de l'incidence de la maladie ainsi que celle de la mortalité associée seraient attribuables à l'utilisation de traitements efficaces contre le sida. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 8 cas de sida ont été déclarés entre 1993 et 2002 et aucun d'entre eux ne concerne la population des enfants et des jeunes de moins de 25 ans.

Par ailleurs, au cours des trois dernières années financières (avril 2000 à mars 2003), plus de 700 consultations ont été faites dans les services de dépistage anonyme du VIH de la Gaspésie et des Îles, dont 72 provenaient de jeunes de 15-19 ans et six de jeunes de moins 15 ans (Données compilées par Danielle Haché, DSP GÎM, 2003).

De toutes les maladies transmissibles sexuellement, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* demeurent les plus fréquentes, et ce, peu importe l'âge. Après avoir connu une baisse pendant une dizaine d'années, le nombre de cas déclarés est en recrudescence au Québec depuis 1998 dans la plupart des tranches d'âge, dont celle des 15 à 24 ans (Parent et coll., 2003). Ce même scénario est observé pour notre région, à la différence que la hausse s'est faite deux ans plus tard en Gaspésie et aux Îles, soit en 2000. C'est ainsi que le nombre de cas déclarés chez les jeunes Gaspésiens et Madelinots de moins de 25 ans est passé de 129 cas en 1993 à 16 cas en 1999 pour remonter à 76 en 2002. Dans la province comme chez nous, les jeunes sont les plus touchés par ces maladies : sur les 293 cas déclarés dans notre région en 1998-2002, les trois quarts sont âgés de moins de 25 ans, soit 217 cas. Notons en terminant qu'au cours de la période 1997-2001, la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est l'une des deux régions affichant pour l'ensemble de la population les taux d'incidence les plus bas au Québec (Parent et coll., 2003).

Le troisième objectif que nous retenons du *PNSP* est celui visant à réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination. Au Québec, un peu à l'image de la *Chlamydia*, les données indiquent une baisse constante des taux d'incidence de la gonorrhée entre 1984 et 1997, puis une hausse relativement abrupte par la suite jusqu'à 2001, et ce, particulièrement dans les groupes les plus jeunes (Parent et coll., 2003). En Gaspésie et aux Îles toutefois, ce n'est que depuis 1996 que nous disposons des informations sur les infections à *Neisseria gonorrhoeae*, et le nombre de cas déclarés est si faible que nous ne pouvons conclure quoi que ce soit au sujet des variations dans l'incidence de ces infections. À preuve, seulement deux cas ont été enregistrés à ce fichier entre 1996 et 2002 chez les jeunes de 0 à 24 ans, les deux cas ayant été déclarés la même année, soit en 1996.

Finalement, pour ce qui est des infections virales transmissibles sexuellement dont les plus fréquentes sont l'herpès génital et le papillome humain, nous n'avons aucune donnée sur leur ampleur dans la population, ces maladies n'étant pas à déclaration obligatoire.

## Les objectifs poursuivis auprès des jeunes et de leur famille

**A. Périnatalité et petite enfance**

- Réduire le taux de prématurité;
- Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g);
- Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;
- Que d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an. (*L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices, 2001*, p. 29);
- Que d'ici 2007, 80 % des parents d'enfants de 0-4 ans reçoivent de l'information sur les saines habitudes alimentaires et le brossage des dents ;
- Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale;
- Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;
- Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social).

**B. Problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes**

- Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;
- Réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents;
- Maintenir à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes;
- Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
- Réduire le nombre d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et le nombre de suicides.

**C. Les habitudes de vie des enfants et des jeunes**

- Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;
- Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge;
- Prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;
- Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans;
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.

## Les objectifs poursuivis auprès des jeunes et de leur famille (suite)

**D. Les maladies infectieuses chez les enfants et les jeunes**

LES MALADIES EVITABLES PAR L'IMMUNISATION

- Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite et du tétanos en ce qui concerne les cas indigènes;
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;
- Maintenir, pour le Québec, le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans;
- Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002;
- Réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
- Réduire, pour le Québec, à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins;
- D'ici 2012, réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans;
- D'ici 2012, réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination.

LE VIH/SIDA ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

- Réduire l'incidence annuelle de l'infection par VIH;
- Réduire le taux annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;
- Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination.

## Les programmes et les activités requis

**A. Périnatalité et petite enfance**

---

- ***Services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité***

- ***Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants et de leur famille***

---

- ***Services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité*** (suivi de santé en complémentarité avec le médecin traitant; suivi psychosocial; suivi nutritionnel incluant OLO et PCNP; soutien aux proches de la femme enceinte avec un accent particulier sur le soutien au père, la promotion et la stimulation de l'engagement paternel; soutien à l'amélioration des habitudes de vie; accompagnement vers

les ressources du milieu et les services appropriés; service d'aide aux relevailles; soutien à l'allaitement maternel ou à un mode d'alimentation adapté au nourrisson; soutien au développement global de l'enfant par le renforcement des interactions parents-enfants et la stimulation infantile)

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Organismes communautaires auprès des enfants et des familles (ex. : maisons de la famille, groupes d'entraide à l'allaitement maternel, certains CAB), centres hospitaliers, médecins, centres de la petite enfance, milieu scolaire primaire, Centre jeunesse, milieu municipal, centres locaux d'emploi, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Coordination régionale et soutien des milieux locaux en vue de l'implantation et la consolidation d'un programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance, incluant le soutien à l'évaluation;

- Détermination des besoins de formation, planification et organisation de formations reliées aux besoins d'implantation et de consolidation d'un programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance;

- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives auprès des médecins et autres intervenants concernés (prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer, counselling anti-tabagique auprès des familles, counselling en matière d'allaitement maternel, dépistage de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés);

- Coordination régionale en vue de la mise en place du réseau de promotion de l'allaitement maternel *Amis des bébés* dans les services de maternité des CH et dans les CLSC;

- Soutien aux groupes d'entraide à l'allaitement maternel, notamment par un financement adéquat;

- Soutien des équipes de périnatalité des CLSC en vue de la sensibilisation des femmes enceintes à l'importance d'avoir de saines habitudes d'hygiène buccale, aux avantages que procure l'allaitement maternel au regard de la santé dentaire du nourrisson, au risque de carie associé à l'usage inadéquat du biberon et de la sucette;

- Soutien des équipes de périnatalité des CLSC pour accroître les connaissances des parents d'enfants de 0-4 ans sur les affections buccales et sur les moyens de les prévenir, favoriser le dépistage de la carie dentaire chez les enfants de 0-4 ans, ainsi que l'acquisition et le maintien d'habitudes de vie favorables à une bonne santé dentaire;

- Gestion régionale du programme de financement *Y a personne de parfait* (YAPP) visant le soutien et le développement des compétences parentales;

- Implantation de la démarche d'identification du statut tabagique (habitude tabagique et présence de fumeurs au foyer) chez les femmes enceintes et les nourrissons de manière à pouvoir offrir aux parents fumeurs des conseils et services adaptés à leur statut tabagique;

- Mise à jour de la formation des intervenants de périnatalité au regard de l'aide à l'abandon du tabagisme;

- Conception et diffusion d'un outil d'information s'adressant aux parents fumeurs, sur les effets de la fumée de tabac dans l'environnement sur la santé de leurs enfants;

- En collaboration avec le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF), analyse de la situation dans chacune des MRC pour ce qui concerne la disponibilité et la complémentarité des programmes sélectifs de stimulation précoce et infantile, et ce, tant en milieu de garde qu'au sein des CLSC et des organismes communautaires concernés;

- En collaboration avec le MESSF, détermination d'orientations régionales en vue d'assurer la disponibilité et la complémentarité des programmes sélectifs de stimulation précoce et infantile dans chacune des MRC de la région;

- Analyse de la situation dans chacune des MRC pour ce qui concerne la complémentarité des programmes et services de développement des compétences parentales et de soutien parental entre les CLSC et les organismes communautaires, et détermination d'orientations régionales en vue d'améliorer, s'il y a lieu, la situation à cet égard;

- Consolidation et, s'il y a lieu, développement des programmes sélectifs de développement des compétences parentales et de soutien parental dans toutes les MRC de la région;

- Mise en place et animation d'un comité régional de périnatalité et petite enfance (comité aviseur représentatif des territoires et des intervenants oeuvrant dans ce secteur);

- Dans le cadre de l'implantation systématique de services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance dans chacune des MRC, mise en évidence constante que les activités, programmes et services offerts aux parents concernent aussi les pères et adapter ceux-ci en conséquence;

- Organisation de formations s'adressant aux intervenants publics et communautaires, sur l'approche auprès des pères dans le but de favoriser leur engagement auprès de leurs enfants.

---

❑ ***Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants et de leur famille***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** organismes communautaires auprès des enfants et des familles (ex. : maisons de la famille, groupes d'entraide à l'allaitement maternel, certains CAB, etc.), Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, Centre jeunesse, centres de la petite enfance, milieu scolaire, milieu municipal.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- En collaboration avec le MESSF, analyse du financement des organismes communautaires du secteur famille et détermination de modalités visant la consolidation du financement de base de ces derniers;

- Gestion régionale des programmes de financement suivants : *Programme d'aide à l'action concertée* (PAAC), *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE), YAPP;

- Invitation des organismes communautaires concernés à participer aux travaux locaux et régionaux de planification, de concertation et de coordination des activités, programmes et services s'adressant aux enfants et à leur famille;

- Invitation des organismes communautaires concernés à participer aux formations offertes dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance, à l'échelle locale ou régionale.

## B. Problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes

- ***Programme de prévention du suicide chez les enfants et chez les jeunes en milieu scolaire***
- ***Programme de prévention des grossesses chez les adolescentes***
- ***Programme de prévention de la violence envers les jeunes et dans les relations entre jeunes***
- ***Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des adolescents***

### ❑ *Programme de prévention du suicide chez les enfants et chez les jeunes en milieu scolaire*

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commissions scolaires, écoles primaires et secondaires, CH, Centre jeunesse, maisons des jeunes, travailleurs de milieu, maisons de la famille, etc.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Mise à jour du programme d'intervention de crise suicidaire en milieu scolaire secondaire et implantation de ce type de programme en collaboration avec les milieux scolaires concernés en leur offrant :
  - l'animation de l'équipe-école locale,
  - l'expertise de contenu,
  - l'organisation et la dispensation de formations requises,
  - le suivi d'implantation du programme;

- Développement du programme d'intervention de crise suicidaire en milieu scolaire primaire et implantation de ce type de programme en collaboration avec les milieux scolaires concernés en leur offrant :

- l'animation de l'équipe-école locale,
- l'expertise de contenu,
- l'organisation et la dispensation de formations requises,
- le suivi d'implantation du programme;

- Mise à jour et implantation d'un programme d'intervention de crise suicidaire en milieu scolaire collégial du type *Minute faut qu'on s'parle*.

---

❑ ***Programme de prévention des grossesses chez les adolescentes***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** CH (cliniques de planification des naissances), commissions scolaires, écoles primaires et secondaires, maisons des jeunes, travailleurs de milieu.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Au regard des orientations du nouveau plan d'action gouvernemental en matière de prévention des grossesses précoces et de soutien aux mères adolescentes, analyse de la situation régionale;

- Détermination de priorités régionales au regard des orientations du nouveau plan d'action gouvernemental en matière de prévention des grossesses précoces et de soutien aux mères adolescentes;

- Élaboration d'un plan d'implantation régional des orientations du nouveau plan d'action gouvernemental en matière de prévention des grossesses précoces et de soutien aux mères adolescentes, et ce, en fonction des priorités régionales en ce domaine;

- Analyse de la pertinence de faire la mise à jour des services requis en planification des naissances (DSP, 2001), et ce, en fonction des orientations du nouveau plan d'action gouvernemental en matière de prévention des grossesses précoces et de soutien aux mères adolescentes et de l'analyse de la situation régionale;

- Soutien des intervenants scolaires des CLSC dans leur travail de prévention des ITS-VIH et d'éducation à la sexualité, et ce, dans la perspective de la réforme du programme scolaire par :
  - la production et la diffusion d'un bulletin de liaison,
  - l'organisation de formations pertinentes et d'activités de ressourcement professionnel,
  - la mise à la disposition des services conseils d'une sexologue-éducatrice;

- Réalisation d'un projet pilote visant à expérimenter, avec un milieu scolaire volontaire, un projet d'éducation à la santé, en conformité avec les principes de la réforme scolaire et en retenant l'éducation à la sexualité comme premier domaine d'application.

---

- ***Programme de prévention de la violence envers les jeunes et dans les relations entre jeunes***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** ESPACE, maisons d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence, Mesures alternatives jeunesse Gaspésie-Sud, Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord, Interface, CALACS.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, commissions scolaires, écoles primaires et secondaires, Université Laval, Interface.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Soutien à l'implantation en milieu scolaire primaire et secondaire de programmes de prévention et de sensibilisation de toute forme de violence (verbale, psychologique, physique, sexuelle) à l'endroit des enfants et des adolescents : ESPACE, SAISIR (L'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement), VIRAJ (Université Laval).

---

- ***Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des adolescents***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** organismes communautaires auprès des adolescents et des familles (ex. : maisons des jeunes, Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord, Mesures alternatives jeunesse Gaspésie-Sud), Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles, Regroupement des maisons de jeunes de la Gaspésie et des Îles.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, Centre jeunesse, milieu scolaire, milieu municipal.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Analyse du financement des organismes communautaires du secteur jeunesse (adolescence) et détermination de modalités visant la consolidation du financement de base de ces derniers;

- Mise en œuvre des orientations régionales en matière de travail de milieu auprès des jeunes, notamment en poursuivant les travaux visant à consolider le financement requis;

- Invitation des organismes communautaires concernés à participer aux travaux locaux et régionaux de planification, de concertation et de coordination des activités, programmes et services s'adressant aux adolescents et à leur famille;

- Invitation des organismes communautaires concernés à participer aux formations offertes dans le domaine de la jeunesse, à l'échelle locale ou régionale.

---

## C. Les habitudes de vie des enfants et des jeunes

- ***Programme de prévention et de cessation du tabagisme***
- ***Programme de promotion de l'activité physique***
- ***Programme de santé dentaire***
- ***Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire***

### ❑ *Programme de prévention et de cessation du tabagisme*

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commissions scolaires, écoles primaires et secondaires, maisons des jeunes.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Promotion des programmes de prévention développés par le MSSS dans les écoles primaires et secondaires de la région et soutien à l'implantation de ceux-ci auprès des écoles intéressées;
- Promotion du programme *Allume la gang* dans toutes les écoles secondaires de la région et soutien financier (conditionnel à l'obtention de fonds du MSSS en prévention du tabagisme) du programme *La Gang allumée pour une vie sans fumée* dans notre région;
- Établissement et maintien de liens étroits avec les intervenants en santé scolaire afin de les inciter à réaliser ou soutenir des activités favorisant le non-usage du tabac et la cessation pour les jeunes ayant déjà adopté l'habitude de fumer. La gestion du stress fait partie intégrante des éléments à inclure dans un programme de cessation;
- Soutien, par de l'expertise de contenu, de la distribution de matériel adapté et de la formation s'adressant aux intervenants scolaires, des projets d'aide à la cessation du tabagisme en milieu scolaire secondaire;
- Soutien à l'adoption et à l'application de politiques visant la réduction de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement scolaire primaire et secondaire.

### ❑ *Programme de promotion de l'activité physique*[7]

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, commissions scolaires, écoles primaires et secondaires, Fédération québécoise du sport étudiant (FQSE), maisons des jeunes, maisons de la famille, etc.

[7] L'activité physique comporte parmi les nombreux bienfaits qu'elle procure celui d'un meilleur contrôle du stress.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Incitation et soutien au réseau scolaire primaire et secondaire pour la mise en place des conditions et des mesures favorisant une pratique régulière de l'activité physique chez tous les jeunes :
  - soutien aux projets d'aménagement de la cour d'école et promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités et des milieux scolaires;
  - soutien aux projets d'animation de la cour d'école (formation des surveillants, *Jeunes leaders*, *Voltage*);
  - lancement et coordination régionaux du concours *École active* au primaire;
  - organisation et coordination régionales de la campagne de promotion *Plaisir sur glace*;
  - distribution, selon le besoin, de la *Proposition du directeur de santé publique en milieu scolaire pour contrer le désengagement des jeunes face à la pratique d'activités physiques* (2001) aux intervenants scolaires souhaitant s'impliquer en promotion de l'activité physique;
  - réalisation d'un journal d'information en matière de promotion de l'activité physique pour le milieu scolaire;
  - promotion auprès des écoles primaires et secondaires de la Journée internationale *Marchons vers l'école* (le 2 octobre de chaque année);
  - promotion du mois de l'activité physique et sportive en mai de chaque année en collaboration avec la Fédération québécoise du sport étudiant (FQSE);
  - participation au comité régional du programme *Ça bouge après l'école* afin d'inciter et de soutenir les écoles, en partenariat avec la communauté, à produire et soumettre des projets favorisant la pratique d'activités physiques chez les jeunes du secondaire non impliqués généralement dans la programmation d'activités régulières en parascolaire.

---

❑ ***Programme de santé dentaire***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commissions scolaires, écoles primaires, médecins.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Soutien des CLSC en vue de la conception et l'organisation dans les écoles primaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes buccodentaires dans le cadre d'une intervention globale et concertée en promotion de la santé dentaire et en prévention de la carie dentaire;

- Soutien des CLSC en vue d'un suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la troisième année, qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire, bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et des activités d'éducation à la santé dentaire;

- Information aux médecins sur le counselling auprès des parents concernant l'utilisation de fluorure pour les enfants;

- Introduction des agents de scellements des puits et fissures comme mesure de prévention de la carie dentaire **(conditionnelle à l'obtention de budgets aux échelles régionale et locale)**.

---

❑ ***Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire (clientèles de tous âges)***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme** : organismes communautaires travaillant en sécurité alimentaire, Table de concertation des organismes communautaires en sécurité alimentaire Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (SAGÎM).

**Principaux collaborateurs :** CLSC, Regroupement des organismes communautaires Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, organismes communautaires auprès des familles, organismes communautaires auprès des personnes financièrement démunies.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 (conditionnelles à l'obtention de budgets aux échelles régionale et locale) :**

- Coordination régionale en vue de la consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant tant des activités d'éducation populaire (ex. : cuisines et jardins collectifs, budget, etc.) que l'accès à des aliments sains et nutritifs;

- Gestion du programme de subvention de projets en sécurité alimentaire, si celui-ci obtient du financement du MSSS;

- Réalisation d'une recherche sur la problématique de l'insécurité alimentaire en Gaspésie et aux Îles.

---

## D. Les maladies infectieuses chez les enfants et les jeunes

---

❑ ***Programme de vaccination pour les maladies évitables par l'immunisation***
❑ ***Programme de prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement***

---

❑ ***Programme de vaccination pour les maladies évitables par l'immunisation***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Vaccination des jeunes (95%) contre la diphtérie, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, les oreillons, la coqueluche, le tétanos et les infections à méningocoque du groupe C (vaccination de base) :
  - formation des vaccinatrices,
  - distribution des produits immunisants,
  - évaluation des événements cliniques survenant après la vaccination;

- Vaccination en milieu scolaire des élèves de 3e secondaire contre la diphtérie et le tétanos :
  - formation des vaccinatrices,
  - distribution des produits immunisants,
  - évaluation des événements cliniques survenant après la vaccination;

- Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4e année (90%) :
  - formation des vaccinatrices,
  - distribution des produits immunisants,
  - évaluation des événements cliniques survenant après la vaccination;

- Vaccination des jeunes (95%) contre la varicelle :
  - en attente d'un programme provincial de vaccination de base;

- Vaccination des jeunes (95%) contre les infections à pneumocoque :
  - en attente d'un programme provincial de vaccination de base;

- Définition de stratégies de vaccination contre la coqueluche et l'hépatite B :
  - à préciser quand les stratégies ministérielles à cet égard seront disponibles.

---

❑ ***Programme de prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commissions scolaires, écoles, Centre jeunesse, organismes communautaires auprès des jeunes.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Soutien des intervenants scolaires des CLSC dans leur travail de prévention des ITS-VIH et d'éducation à la sexualité, et ce, dans la perspective de la réforme du programme scolaire par :
  - la production et la diffusion d'un bulletin de liaison,
  - l'organisation de formations pertinentes et d'activités de ressourcement professionnel,
  - la mise à la disposition des services conseils d'une sexologue-éducatrice;

- Réalisation d'un projet pilote visant à expérimenter, avec un milieu scolaire volontaire, un projet d'éducation à la santé, en conformité avec les principes de la réforme scolaire et en retenant l'éducation à la sexualité comme premier domaine d'application;

- Réalisation du volet régional des campagnes d'information et de sensibilisation nationales en matière de prévention des ITS-VIH;

- Maintien ou mise à jour des connaissances et des aptitudes en matière d'ITS auprès des intervenants qui travaillent avec des jeunes qui sont dans le réseau du Centre jeunesse, notamment par la formation *Jeunes en difficulté : sortir des sentiers battus*;

- Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux et de santé pour les adolescents d'orientation homosexuelle et bisexuelle :
  - maintenir ou mettre à jour les connaissances et les aptitudes des divers intervenants jeunesse en dispensant la formation *Pour une nouvelle vision de*

*l'homosexualité : intervenir dans le respect de la diversité sexuelle* et en fournissant le support conseil d'une sexologue-éducatrice;

- Accessibilité des condoms dans les principaux lieux fréquentés par les adolescents :
  - fournir des condoms et, si nécessaire, des distributeurs de condoms;
  - améliorer l'accessibilité aux condoms pour les jeunes qui fréquentent les unités d'hébergement du Centre jeunesse, et ce, par une démarche d'information et de réflexion sur ce sujet.

---

## E. Intervention globale et concertée en milieu scolaire

---

❑ ***Intervention globale et concertée en milieu scolaire pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale***

---

❑ ***Intervention globale et concertée en milieu scolaire pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale. Cette intervention devrait inclure les programmes de prévention portant sur de nombreuses problématiques et intégrer les services cliniques préventifs, notamment sous forme de clinique jeunesse***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, commissions scolaires, écoles primaires et secondaires, organismes communautaires jeunesse.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'implantation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale;

- Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'implantation d'une clinique jeunesse dans les écoles secondaires de la région comme étant une composante de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire;

- Développement d'un leadership régional de la DSP en vue de la mise en place systématique et progressive d'une intervention globale et concertée en milieu scolaire, et ce, en collaboration avec les CLSC et les milieux scolaires primaires et secondaires;

- Participation à la mise en place et aux travaux du comité régional sur l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*;

- Analyse de la situation et prise de position de la DSP au regard de la présence requise du personnel psychosocial en milieu scolaire primaire et secondaire (les intervenants psychosociaux seront des acteurs clés de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire).

---

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

### DOMAINE 1 : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE, LES HABITUDES DE VIE ET LES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES JEUNES ET LES FAMILLES

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **A. Périnatalité et petite enfance** | | | |
| • Réduire le taux de prématurité;<br>• Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2500 g);<br>• Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;<br>• Que d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an. (*L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices, 2001*, p. 29);<br>• Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale;<br>• Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;<br>• Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social). | • Services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité (suivi de santé en complémentarité avec le médecin traitant; suivi psychosocial; suivi nutritionnel incluant OLO et PCNP; soutien aux proches de la femme enceinte avec un accent particulier sur le soutien au père, la promotion et la stimulation de l'engagement paternel; soutien à l'amélioration des habitudes de vie; accompagnement vers les ressources du milieu et les services appropriés; service d'aide aux relevailles; soutien à l'allaitement maternel ou à un mode d'alimentation adapté au nourrisson; soutien au développement global de l'enfant par le renforcement des interactions parents-enfants et la stimulation infantile); | **Promotion de la santé**<br>**Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir le développement des communautés;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| | • Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants et de leur famille. | **Promotion de la santé** | • Soutenir le développement des communautés;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **B. Problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes**<br><br>▪ Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;<br>▪ Réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres, et la délinquance chez les enfants et les adolescents;<br>▪ Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale. | ▪ Services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité (suivi de santé en complémentarité avec le médecin traitant; suivi psychosocial; suivi nutritionnel incluant OLO et PCNP; soutien aux proches de la femme enceinte avec un accent particulier sur le soutien au père, la promotion et la stimulation de l'engagement paternel; soutien à l'amélioration des habitudes de vie; accompagnement vers les ressources du milieu et les services appropriés; service d'aide aux relevailles; soutien à l'allaitement maternel ou à un mode d'alimentation adapté au nourrisson; soutien au développement global de l'enfant par le renforcement des interactions parents-enfants et la stimulation infantile);<br>▪ Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants, des adolescents et de leur famille. | **Promotion de la santé**<br>**Prévention**<br><br>**Promotion de la santé** | ▪ Renforcer le potentiel des personnes;<br>▪ Soutenir le développement des communautés;<br>▪ Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>▪ Soutenir les groupes vulnérables;<br>▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| | ▪ Programme de prévention du suicide chez les enfants et chez les jeunes en milieu scolaire;<br>▪ Programme de prévention de la violence envers les jeunes et dans les relations entre jeunes.<br><br>▪ Intervention globale et concertée en milieu scolaire. | **Prévention**<br><br>**Promotion de la santé**<br>**Prévention** | ▪ Soutenir le développement des communautés;<br>▪ Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>▪ Soutenir les groupes vulnérables;<br>▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **B. Problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes (suite)**<br><br>• Maintenir à moins de 15 pour 1000 le taux de grossesse chez les adolescentes;<br>• Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;<br>• Réduire le nombre d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et le nombre de suicides. | • Intervention globale et concertée en milieu scolaire;<br>• Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des adolescents;<br>• Programme de prévention des grossesses chez les adolescentes;<br>• Programme de prévention du suicide chez les enfants et chez les jeunes en milieu scolaire. | **Promotion de la santé**<br>**Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir le développement des communautés;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| **C. Les habitudes de vie des enfants et des jeunes**<br><br>• Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;<br>• Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;<br>• Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;<br>• Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;<br>• Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge. | • Intervention globale et concertée en milieu scolaire;<br>• Programme de prévention et de cessation du tabagisme;<br>• Programme de promotion de l'activité physique;<br>• Programme de santé dentaire. | **Promotion de la santé**<br>**Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **D. Les maladies infectieuses chez les enfants et les jeunes**<br><br>LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION | | | |
| ▪ Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite et du tétanos en ce qui concerne les cas indigènes;<br>▪ Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;<br>▪ Maintenir, pour le Québec, le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans; | ▪ Intervention globale et concertée en milieu scolaire; | **Promotion de la santé**<br>**Prévention** | ▪ Renforcer le potentiel des personnes;<br>▪ Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>▪ Soutenir les groupes vulnérables;<br>▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| ▪ Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002;<br>▪ Réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;<br>▪ Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins;<br>▪ D'ici 2012, réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans; | ▪ Programme de vaccination pour les maladies évitables par l'immunisation; | **Protection de la santé** | ▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| ▪ D'ici 2012, réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination. | ▪ Programme de vaccination pour les maladies évitables par l'immunisation. | **Protection de la santé** | ▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| LE VIH/SIDA ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS) | | | |
| ▪ Réduire l'incidence annuelle de l'infection par VIH;<br>▪ Réduire le taux annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;<br>▪ Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination. | ▪ Intervention globale et concertée en milieu scolaire;<br>▪ Programme de prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement. | **Promotion de la santé**<br>**Prévention**<br>**Prévention** | ▪ Renforcer le potentiel des personnes;<br>▪ Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>▪ Soutenir les groupes vulnérables;<br>▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

DOMAINE 2

## LE DEVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTEGRATION SOCIALE DES ADULTES

## État de situation régionale

Précisons d'abord que ce deuxième domaine d'intervention ne concerne que les adultes, c'est-à-dire les personnes de 25 ans et plus. Ceci dit, nous abordons à l'intérieur de ce domaine les problèmes ou situations pouvant entraver le développement[8], l'adaptation et l'intégration sociale des adultes, à savoir la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes, la violence à l'endroit des femmes et des personnes âgées, la perte d'autonomie chez les aînés et, finalement, l'état de santé mentale et le suicide.

### A. La consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes

La consommation élevée d'alcool continue d'être une préoccupation majeure en santé publique en raison des conséquences néfastes qu'elle peut avoir tant chez les consommateurs que chez l'entourage, qu'on pense seulement aux accidents de la route, à la violence envers les autres et au suicide. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 78,6 % des adultes ont déclaré avoir consommé de l'alcool dans l'année précédant *l'Enquête sociale et de santé 1998*. Parmi ces personnes, une bonne part ont une consommation qui les rend davantage à risque de présenter des problèmes sociaux et de santé physique : 30,0 % ont pris cinq consommations ou plus lors de la même occasion, à cinq reprises au moins dans la dernière année (consommation élevée), et 31,2 % se sont enivrées cinq fois ou plus au cours de la même période. Chez les personnes de 65 ans et plus, sur les quelque 41 % qui déclarent avoir consommé de l'alcool dans la dernière année, ces derniers pourcentages sont respectivement de 16,1 % et de 2,3 % (Lemieux et Parent, 2002). Comme nous l'avons observé pour les jeunes de 15-24 ans, si notre région compte relativement moins de buveurs actuels que le Québec, elle enregistre par ailleurs une plus forte proportion de buveurs ayant une consommation élevée, et ce, peu importe l'âge. En effet, 34 % des buveurs de 15 ans et plus dans la région ont eu une consommation élevée d'alcool à cinq reprises ou plus dans la dernière année contre 29 % des Québécois (Lemieux et Parent, 2002).

Ceci dit, bien que les personnes âgées sont, comme nous venons de le voir, les moins nombreuses en proportion à avoir une consommation élevée d'alcool, elles demeurent le groupe où on enregistre les plus forts pourcentages de consommation de médicaments psychotropes : près de 14 % d'entre elles en Gaspésie et aux Îles ont pris ce type de médicaments[9] dans les deux jours précédant *l'Enquête sociale et de santé de 1998*, pourcentage semblable à celui obtenu chez les aînés québécois (18,0 %). Qui plus est, une étude réalisée en 1996 dans la MRC de Pabok auprès de 320 personnes de 55 ans et plus indique que la prévalence de consommation de médicaments du système nerveux central (excluant les AINS et l'acétaminophène) est de 29,1 % chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile. Si on ne retient que les benzodiazépines, la prévalence se situe à 27,2 % (Dubé, 1997). Or, alors que ces derniers médicaments ne devraient pas être consommés sur de longues périodes de temps puisqu'ils perdent de leur efficacité après deux ou trois semaines d'usage, et que leur

[8] Nous conservons ici le terme de « développement », étant d'avis qu'une personne poursuit son développement personnel à tous les âges de la vie, bien qu'il existe des différences marquées entre ce qui caractérise le développement chez les enfants et les adolescents et ce qui caractérise celui de l'âge adulte.

[9] Les médicaments retenus ici sont les tranquillisants incluant les sédatifs et les somnifères, et les stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral.

consommation régulière et prolongée peut entraîner notamment de la somnolence, de la confusion, de l'incoordination motrice ainsi que des problèmes de dépendance, près de 80 % des personnes qui consommaient des benzodiazépines dans la MRC de Pabok en prenaient depuis plus d'un an. De plus, dans cette étude, 7,5 % des personnes de 55 ans et plus avaient une consommation potentiellement inappropriée de médicaments, et les médicaments du système nerveux central, avec en tête de liste les benzodiazépines, étaient les plus souvent impliqués dans ce problème relatif à la consommation (Dubé, 1997).

### B. La violence à l'endroit des femmes et des personnes âgées

La violence à l'endroit des femmes continue d'être un phénomène social préoccupant et qui affecte non seulement la santé physique et psychologique des femmes qui en sont victimes, mais aussi celle des enfants qui en sont témoins. À ce sujet, une vaste enquête a été réalisée en 1998 par l'Institut de la statistique du Québec (2003) auprès de 2 120 femmes de 18 ans et plus vivant en couple hétérosexuel depuis au moins deux mois ou ayant vécu en couple au moins deux mois durant l'année précédant l'enquête. Les résultats de cette enquête indiquent qu'au cours des douze derniers mois, 6 % des femmes de ce groupe ont été victimes d'au moins un comportement de violence physique de la part de leur conjoint ou ex-conjoint, et 7 % ont subi au moins un comportement de violence sexuelle (Institut de la statistique du Québec, 2003). Ces résultats estiment en somme la prévalence annuelle de la violence physique et sexuelle envers les femmes dans un contexte conjugal. Or, une étude menée par Statistique Canada (1993) nous apprend, pour sa part, que la prévalence des Québécoises de 18 ans et plus ayant été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans s'élève plutôt à 34 % (tiré du Gouvernement du Québec, 2001). Précisons ici que cette forme de violence peut avoir été subie en dehors d'un contexte amoureux ou conjugal.

Par ailleurs, les données du ministère de la Sécurité publique indiquent qu'il y a eu, en 2001, 195 déclarations de violence conjugale faites à la police par des Gaspésiennes et Madeliniennes (Motard, 2002). Depuis les dernières années, ce phénomène est en hausse constante dans notre région et au Québec, du moins pour ce qui est de la déclaration de ces actes de violence. En effet, en Gaspésie et aux Îles, le taux de déclarations d'actes de violence conjugale est passé de 271 pour 100 000 femmes en 1997 (soit 124 déclarations) à 441 pour 100 000 en 2001 (Motard, 2002). Avec cette augmentation, la région a même rejoint le taux du Québec, lequel se situe à 431 pour 100 000 en 2001. Par ailleurs, parmi les Gaspésiennes et Madeliniennes victimes de violence conjugale en 1999, 2000 et 2001 et ayant déclaré ce geste aux services policiers, 17 ont été victimes d'une agression sexuelle de la part de leur conjoint, ex-conjoint ou petit ami. Évidemment, il importe de rappeler ici que les agressions sexuelles sont parmi les crimes les moins déclarés aux autorités policières, de sorte que leur ampleur souffre d'une sous-estimation importante (Besserer, 1999, tiré du Gouvernement du Québec, 2001).

L'abus et la négligence à l'endroit des aînés sont également un phénomène inquiétant et qui retient de plus en plus l'attention. Toutefois, outre les résultats d'une étude canadienne estimant à 40 pour 1 000 le taux de mauvais traitements envers les aînés vivant en résidence privée (Podnieks, 1990, tiré de Archambault, 2002), nous ne disposons d'aucune donnée régionale sur l'ampleur de ce problème. Dans son étude sur les abus vécus par les personnes âgées en perte d'autonomie en Gaspésie et aux Îles, Archambault (2002) a d'ailleurs été confrontée à la difficulté d'entrer en contact avec des personnes âgées victimes de mauvais traitements de la part de leurs enfants ou de leurs proches, la violence étant un secret de famille bien gardé et donc difficile à percer et à documenter. L'extrait qui suit des conclusions de l'étude d'Archambault (2002) vient largement justifier le fait que nous n'ayons pas retenu l'objectif du *PNSP* se lisant comme suit : « Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées. » (*PNSP*, 2003, p. 40)

*« Lors de l'analyse de nos résultats de recherche, nous avons été tristement étonnés du peu d'issues qui permettraient aux victimes de se libérer d'un tel environnement de violence. Même dans les cas où des actions concrètes, et parfois concluantes, ont été posées pour améliorer le sort de personnes âgées victimes de mauvais traitements, ces dernières ne sont pas encore convaincues d'avoir bien fait de briser les liens de contrôle avec leurs enfants. Le choix est difficile à faire entre vivre chez soi avec ses enfants mais dans la violence, ou vivre paisiblement en chambre, rongé par la solitude, le remords et la culpabilité. Voilà ce qui nous est apparu comme un défi de taille en cours de réalisation d'étude et qui rend, par ailleurs, complexe la décision que doivent prendre les personnes âgées en perte d'autonomie et qui sont victimes d'abus.*

*Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'évaluation des effets de programmes d'intervention sur les personnes âgées victimes d'abus. La plupart des modèles d'intervention sont basés sur des modèles déjà existants pour d'autres types de violence familiale et sont ajustés en fonction des besoins des personnes âgées, mais les effets n'en sont sans doute pas les mêmes auprès de cette population.*

*Les personnes âgées rencontrées pour cette étude, qui ont été victimes d'abus et qui ont entrepris une démarche avec un intervenant social pour se libérer du contexte de violence, bien que peu nombreuses, ont témoigné que même une fois en sécurité, à l'abri de la violence, elles vivent de la culpabilité, une très grande solitude, ou ont des regrets et souhaiteraient pouvoir garder contact avec la personne abusive. Ces personnes se retrouvent parfois plus isolées qu'elles ne l'étaient, n'ayant plus aucun proche ou famille dans leur quotidien. »* (Archambault, 2002, p. 127-128)

La question de la prévention de l'abus et de la négligence à l'endroit des personnes âgées en perte d'autonomie, bien que ne faisant pas l'objet d'un programme de prévention spécifique dans le cadre du présent document, est toutefois prise en compte indirectement à travers la *Politique régionale de soutien à domicile* (RRSSS Gaspésie-Les Îles, 2001). En effet, celle-ci via des services à domicile aux clientèles ciblées dont font partie les aînés en perte d'autonomie, vient mieux soutenir les proches et alléger quelque peu leur charge de responsabilités au regard des soins aux aînés. Ceci contribue ainsi certainement à prévenir l'épuisement des proches et les phénomènes de négligence et d'abus pouvant en résulter.

### C. La perte d'autonomie et la santé mentale

La perte d'autonomie qui touche plus fréquemment les personnes de 65 ans et plus, entraîne elle aussi presque inévitablement des troubles d'adaptation et d'intégration sociale chez les personnes qui en sont affectées. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, plus de 17 % des aînés en 1998 étaient limités dans leurs activités depuis au moins un an en raison d'un problème de santé physique ou mentale (Lemieux et Parent, 2002). L'objectif provincial en cette matière vise à retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Mentionnons ici que les actions de la Direction de santé publique en lien avec la préservation de l'autonomie des aînés, se retrouvent dans le domaine des maladies chroniques et des habitudes de vie (notamment par la promotion de l'activité physique), ainsi que dans le domaine des traumatismes non intentionnels par la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ceci dit, en dépit de leur plus grande vulnérabilité en général face aux problèmes de santé physique et aux maladies chroniques, les personnes âgées sont encore, en 1998, le groupe où la proportion de personnes ayant un indice élevé de détresse psychologique est la plus faible avec 12,7 % (Lemieux et Parent, 2002). La proportion correspondante chez les adultes de 25 à 64 ans

est de 17,9 % et elle est, rappelons-le, de 31,6 % chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ces trois résultats sont tous semblables à ceux observés au Québec. Pour ce qui est de la perception de la santé mentale, seulement une faible minorité des gens de notre région, comme au Québec d'ailleurs, perçoivent en 1998 leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise : 6,8 % des adultes et 10,3 % des personnes âgées.

### D. Le suicide

Finalement, sans doute qu'une des manifestations les plus violentes des difficultés d'adaptation d'un individu est de mettre volontairement un terme à sa vie. Sur les quelque 55 hospitalisations qui surviennent en moyenne chaque année dans la région en raison de tentatives de suicide, 43 concernent le groupe des 25 à 64 ans et trois, les personnes âgées.

Quant aux données sur les décès, elles indiquent que 34 Gaspésiens et Madelinots âgés de 25 à 64 ans se sont enlevés la vie au cours des trois années 1997-1999 pour un taux de suicide annuel de 19,6 pour 100 000. Sur ces 34 personnes, 19 étaient des hommes de 25-44 ans, faisant de ce groupe celui où l'on enregistre le plus haut taux de suicide durant cette période avec 39,5 pour 100 000. Chez les aînés, six décès par suicide ont été enregistrés en 1997, 1998 et 1999 (5 hommes et 1 femme), ce qui correspond à un taux de suicide de 13,8 pour 100 000.

Mentionnons en terminant que le taux de décès par suicide pour l'ensemble de la population gaspésienne et madelinienne est de 15,3 pour 100 000 pour la période 1997-1999. Au Québec, le taux correspondant se situe à 19,9. Bien que l'écart entre notre taux régional et celui de la province ne soit pas significatif au plan statistique, il importe de dire que le taux de la région se maintient tout de même depuis une vingtaine d'années à un niveau toujours inférieur à celui du Québec.

## Les objectifs poursuivis dans ce domaine auprès des adultes

**A. La consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes**

- Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

**B. La violence à l'endroit des femmes**

- Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale.

**C. La perte d'autonomie et la santé mentale**

- Mentionnons ici que les actions de la Direction de santé publique en lien avec la préservation de l'autonomie des aînés, se retrouvent dans le domaine des maladies chroniques et des habitudes de vie (notamment par la promotion de l'activité physique), ainsi que dans le domaine des traumatismes non intentionnels par la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus;
- Mentionnons également que l'objectif du *PNSP* se lisant comme suit n'a pas été retenu dans le présent document : « Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale » (*PNSP*, 2003, p. 40). La question de la santé mentale est davantage abordée dans une optique de promotion de la santé à travers des programmes comme Viactive et la prévention des chutes à domicile. Une limite au niveau de la disponibilité de nos ressources professionnelles à l'interne de la DSP fait en sorte qu'il ne nous est pas possible, pour le moment, d'élargir davantage nos actions contribuant plus directement à la santé mentale des adultes et des aînés.

**D. Le suicide**

- Réduire le nombre d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et le nombre de suicides.

## Les programmes et les activités requis

- ***Programme de prévention des toxicomanies et d'intervention précoce***
- ***Campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles et soutien des cliniciens***
- ***Programme d'intervention de crise suicidaire et de prévention du suicide auprès des adultes***

## A. La consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes

❑ ***Programme de prévention des toxicomanies et d'intervention précoce***

**Premier responsable de la mise en place de ces programmes :** Agence de santé et de service sociaux.

**Principaux collaborateurs :** CLSC-CHSLD, L'Escale : centre de réadaptation pour personnes toxicomanes, médecins, pharmaciens, centres de femmes, maisons d'hébergement multiclientèle, maisons d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants, centres d'action bénévole, associations d'aînés, clubs de l'âge d'or.

**Principales actions à réaliser au cours de 2004-2007 :**

- Formation des omnipraticiens et autres intervenants publics et communautaires de la région à l'utilisation d'outils validés de repérage d'une consommation non appropriée d'alcool ou de drogues;
- Mise en place d'une intervention visant la consommation modérée chez les buveurs, par exemple *Alcochoix* (*PNSP*, p. 41);
- Formation de médecins (au moins un par MRC) sur la prescription de produits de substitution (méthadone) et formation des pharmaciens qui désirent mettre en place ce service dans leur établissement (au moins une pharmacie par MRC);
- Diffusion d'information aux intervenants concernés (publics et communautaires) sur la consommation inadéquate de tranquillisants mineurs et de somnifères chez les personnes âgées et chez les femmes;
- Organisation de formations s'adressant aux intervenants concernés (publics et communautaires) et portant sur la consommation inadéquate de tranquillisants mineurs et de somnifères chez les personnes âgées et chez les femmes;
- Soutien aux initiatives du milieu visant à informer et sensibiliser les femmes, les personnes âgées et la population en général au sujet des conséquences négatives de la consommation non appropriée de psychotropes.

## B. La violence à l'endroit des femmes

❑ ***Campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles et soutien des cliniciens***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** Centres d'Aide et de Lutte contre les Agressions Sexuelles (CALACS), centres de femmes, maisons d'aide et d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale, centres désignés (CH ou CLSC offrant des services médicaux 24/7), maisons d'hébergement multiclientèle, Interface, Table de concertation régionale en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Conception et production de matériel d'information sur les services offerts dans la région aux victimes d'agression sexuelle et aux femmes victimes de violence conjugale[10];
- Conception et mise en œuvre d'un plan de diffusion du matériel d'information sur les services offerts dans la région aux victimes d'agression sexuelle et aux femmes victimes de violence conjugale, à la population de la Gaspésie et des Îles;
- Conception, production et diffusion de matériel de sensibilisation sur les problématiques des agressions sexuelles et de la violence conjugale;
- Soutien des cliniciens et intervenants des milieux publics et communautaires pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes, par la diffusion des outils de repérage existants.

## D. Le suicide

❑ ***Programme d'intervention de crise suicidaire et de prévention du suicide auprès des adultes***

**Premier responsable de la mise en place de ces programmes :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, centres hospitaliers, organismes communautaires notamment ceux du domaine de la santé mentale, Centre de prévention du suicide du Bas St-Laurent, Chimo Help Line de Fredericton, Sûreté du Québec.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Formation des médecins omnipraticiens sur le repérage des personnes à risque suicidaire et sur l'intervention de crise suicidaire (clientèles de tous âges);
- Formation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires sur le repérage des personnes à risque suicidaire et sur l'intervention de crise suicidaire (clientèles de tous âges);
- Organisation d'un colloque ou d'une conférence régionale annuelle sur un thème pertinent au regard de la problématique du suicide (clientèles de tous âges);
- Animation de groupes de travail locaux, soutien à la programmation et développement de matériel d'intervention en vue de la mise en place de protocoles d'intervention de crise suicidaire dans chacune des MRC, définissant les rôles et responsabilités de chacun des acteurs (clientèles de tous âges);

[10] La violence conjugale pourra être abordée dans une perspective globale qui englobe aussi les hommes et qui intervient sur la dynamique de violence plutôt que sur celle de la victime et du bourreau.

- Élaboration et diffusion d'une campagne de sensibilisation auprès de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu (ex. : affiches, messages télévisés, diffusion du dépliant *Les armes à feu et vous*) (clientèles de tous âges);

- Proposition aux médecins cliniciens et aux autres intervenants pratiquant la relation d'aide, de prendre des ententes explicites avec leurs clients cumulant des facteurs de risque associés au suicide, sur l'entreposage de leurs armes à feu;

- Organisation de formations des intervenants publics et communautaires sur l'intervention auprès des personnes suicidaires armées (clientèles de tous âges);

- Soutien (expertise de contenu, animation de groupes d'intervenants, formation, production d'outils d'intervention) à l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que présentent les médicaments gardés à la maison (clientèles de tous âges);

- Soutien (expertise de contenu, animation de groupes d'intervenants, formation, production d'outils d'intervention) à la création de réseaux de repérage, de soutien et de référence des personnes à risque suicidaire par les organismes suivants : centre diocésain de pastorale, centres locaux d'emploi, CSST, Société d'assurance automobile du Québec à Gaspé, services externes de main-d'œuvre;

- Organisation de sessions de sensibilisation sur l'intervention de crise suicidaire auprès des services policiers et des services ambulanciers de la région (clientèles de tous âges);

- Élaboration, production et mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation auprès de la population de la région, sur la problématique du suicide et sur les services d'aide pour faire face à ces situations (clientèles de tous âges);

- Soutien (expertise de contenu, animation de groupes d'intervenants, formation, production d'outils d'intervention) à la mise en place dans chaque MRC d'un programme d'intervention auprès des personnes endeuillées par suicide (clientèles de tous âges);

- Maintien des services téléphoniques d'intervention de crise suicidaire francophones et anglophones (24/7) en assurant la gestion et l'évaluation des ententes de services avec le Centre de prévention du suicide et de crise du Bas St-Laurent et Chimo Help Line de Fredericton (clientèles de tous âges);

- Réalisation d'une recherche portant sur le rapport des Gaspésiens et Madelinots (population générale et intervenants de santé et de services sociaux) face au suicide en étudiant les aspects suivants :
  - les connaissances sur l'ampleur du suicide, les facteurs prédisposants, ce qui peut être fait avec une personne suicidaire, les services disponibles du milieu;
  - les perceptions, attitudes et représentations face au suicide, face aux personnes suicidaires et aux personnes endeuillées;
  - les perceptions et attitudes face à la prévention du suicide;
  - les perceptions, attitudes et représentations face à la mort, à la souffrance et à la vie;
  - les expériences vécues par rapport au suicide;
  - les expériences vécues par rapport à la mort et à la souffrance.

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

### DOMAINE 2 : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE DES ADULTES

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **A. La consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes**<br>• Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;<br>• Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. | • Programme de prévention des toxicomanies et d'intervention précoce. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| **B. La violence à l'endroit des femmes**<br>• Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale. | • Campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles;<br>• Soutien des cliniciens au regard de la violence conjugale et des agressions sexuelles. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| **C. La perte d'autonomie et la santé mentale**<br>• Mentionnons ici que les actions de la Direction de santé publique en lien avec la préservation de l'autonomie des aînés, se retrouvent dans le domaine des maladies chroniques et des habitudes de vie (notamment par la promotion de l'activité physique), ainsi que dans le domaine des traumatismes non intentionnels par la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus; | | | |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **C. La perte d'autonomie et la santé mentale (suite)**<br><br>▪ Mentionnons également que l'objectif du *PNSP* se lisant comme suit n'a pas été retenu dans le présent document : « Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale » (*PNSP*, 2003, p. 40). La question de la santé mentale est davantage abordée dans une optique de promotion de la santé à travers des programmes comme Viactive et la prévention des chutes à domicile. Une limite au niveau de la disponibilité de nos ressources professionnelles à l'interne de la DSP fait en sorte qu'il ne nous est pas possible, pour le moment, d'élargir davantage nos actions contribuant plus directement à la santé mentale des adultes et des aînés.<br><br>**D. Le suicide**<br><br>▪ Réduire le nombre d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et le nombre de suicides<br>. | ▪ Programme d'intervention de crise suicidaire et de prévention du suicide auprès des adultes. | **Prévention** | ▪ Renforcer le potentiel des personnes;<br>▪ Soutenir les groupes vulnérables;<br>▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

DOMAINE 3

**LES MALADIES CHRONIQUES ET LES HABITUDES DE VIE CHEZ LES ADULTES**

## État de situation régionale

Encore ici, ce troisième domaine ne concerne que les adultes de 25 ans et plus. Nous y présentons tour à tour les informations les plus récentes sur les diverses maladies et conditions chroniques qui affectent la population adulte de la région gaspésienne et madelinienne. Ensuite, dans la deuxième section, nous faisons le portrait de la population régionale au regard des habitudes de vie qui ont une incidence sur la survenue ou l'aggravation de ces maladies. Précisons tout de suite que lorsque l'information est disponible, nous présentons les données pour les personnes de 25 à 64 ans et les personnes de 65 ans et plus séparément.

### A. Les maladies et conditions chroniques chez les adultes

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

De toutes les maladies chroniques retenues dans le *PNSP*, les maladies cardiovasculaires sont, selon les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, les plus fréquentes au sein de notre population. De fait, cette enquête indique que 5,5 % des Gaspésiens et Madelinots souffraient en 1998 d'une maladie cardiaque et 10,3 % d'hypertension artérielle (Lemieux et Parent, 2002). Mentionnons ici que la prévalence de ces deux problèmes de santé a pratiquement doublé depuis 1987 au sein de la population gaspésienne et madelinienne. Cette hausse s'est aussi accompagnée d'une augmentation constante de la proportion de la population gaspésienne et madelinienne consommant des médicaments pour le cœur ou la tension artérielle.

Au chapitre des décès toutefois, les hommes et les femmes de la région, comme ceux et celles du Québec d'ailleurs, ont connu une baisse de mortalité par maladie cardiovasculaire[11] au cours des vingt dernières années. En dépit de ces gains, les maladies cardiovasculaires demeurent encore aujourd'hui la première cause de mortalité chez les adultes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Durant la période triennale 1997-1999, en moyenne plus de 42 personnes âgées entre 25 et 64 ans dans la région, dont 36 hommes, sont décédées chaque année d'une maladie cardiovasculaire. Par ailleurs, entre avril 1999 et mars 2002, les maladies cardiovasculaires ont été la cause de 1025 hospitalisations en moyenne à chaque année chez les adultes de la région, faisant d'elles la principale cause d'hospitalisation.

Pour ce qui est maintenant des personnes de 65 ans et plus, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine a enregistré autour de 1750 hospitalisations annuellement entre avril 1999 et mars 2002 en raison des maladies cardiovasculaires. Chez les aînés, ces maladies sont la cause de 255 décès annuellement. Mentionnons en terminant que la mortalité par maladie cardiovasculaire n'est pas plus élevée chez nous qu'au Québec, et ce, dans tous les groupes d'âge de la population.

LE CANCER DU SEIN

Au cours des trois années 1997 à 1999, un total de 64 Gaspésiennes et Madeliniennes sont décédées d'un cancer du sein. De ce nombre, 26 étaient âgées entre 50 et 69 ans, groupe d'âge

[11] Pour les décès et les hospitalisations, les maladies cardiovasculaires englobent, dans les faits, toutes les maladies de l'appareil circulatoire.

spécifiquement ciblé par l'objectif du *PNSP*, lequel vise à réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans (MSSS, 2003). Précisons que les femmes de 50 à 69 ans de notre région ne se distinguent pas des Québécoises du même âge eu égard à la mortalité par cancer du sein.

Par ailleurs, mentionnons, à titre indicatif, que dans l'ensemble de la population féminine de 15 ans et plus de la Gaspésie et des Îles, le pourcentage de femmes ayant déjà passé une mammographie au cours de leur vie a plus que doublé en dix ans, passant de 21 % en 1987 à 46 % en 1998 (Lemieux et Parent, 2002). Chez les femmes de 50 ans et plus, ce pourcentage s'élève à 79 % en 1998. Plus précisément, le moment de la dernière mammographie remonte à moins de douze mois chez 38 % des femmes de 50 ans et plus, entre 12 et 24 mois chez 24 %, et finalement à plus de deux ans chez 15 % des femmes de ce groupe d'âge. Encore ici, les Gaspésiennes et Madeliniennes ne se distinguent pas des Québécoises (Lemieux et Parent, 2002).

### L'ASTHME

En dépit de la faible mortalité associée à ce problème (six décès entre 1997 et 1999 dans la région chez les 25 ans et plus), l'asthme est relativement fréquente dans la population et les chiffres indiquent même une hausse de ce problème dans la dernière décennie. En 1987, 1,9 % des Gaspésiens et Madelinots étaient touchés par ce problème de santé, alors qu'en 1998, ce pourcentage se situe à 4,0 %. De leur côté, les Québécois déclarent ce problème dans une proportion de 5,0 % en 1998 (Lemieux et Parent, 2002).

### LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques, qui comprennent l'emphysème et la bronchite chronique, sont responsables annuellement d'une centaine d'hospitalisations chez les Gaspésiens et Madelinots de 25 à 64 ans et de plus de 370 chez ceux de 65 ans et plus (période triennale avril 1999 à mars 2002). À l'image des données hospitalières, ce sont aussi les aînés qui sont les plus susceptibles de décéder de ces maladies. En effet, alors qu'au total onze adultes sont morts d'une MPOC au cours des trois années 1997 à 1999, le nombre correspondant chez les personnes âgées de 65 ans et plus s'élève à 124. Qui plus est, une hausse relativement importante du taux de décès pour cette cause est observée depuis une quinzaine d'années chez les aînés de la région, particulièrement chez les femmes.

Ceci dit, bien que les MPOC soient relativement fréquentes, elles ne le sont pas autant que les maladies cardiovasculaires. Ceci est aussi confirmé par les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Lemieux et Parent, 2002). En effet, au moment de cette étude, 1,8 % des résidants de la région souffraient d'emphysème ou de bronchite tandis que 5,5 %, rappelons-le, étaient affligés d'une maladie cardiaque.

### LE DIABÈTE

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Lemieux et Parent, 2002), 2,8 % des personnes de notre région font du diabète. Cette prévalence rapportée par les individus semble toutefois sous-estimer l'ampleur de ce problème puisque les données de la RAMQ indiquent plutôt, en 1999-2000, une prévalence du diabète de l'ordre de 5,0 % en 1999-2000 chez les personnes de 20 ans et plus de la Gaspésie et des Îles (Émond, Institut national de santé publique du Québec, 2003). Globalement, si la prévalence de cette maladie au sein de notre population est semblable à celle du Québec, les femmes de la région accusent un retard significatif par rapport à leurs homologues provinciales (5,0 % contre 4,4 %) et se trouvent même en tête de liste des régions affichant les plus hauts taux.

### L'OBÉSITÉ

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 36,6 % des adultes de 25 à 64 ans et le tiers des aînés présentent un excès de poids en 1998 (embonpoint et obésité confondus). Comme nous l'avions observé chez les jeunes de 15 à 24 ans, l'excès de poids a gagné du terrain au sein de notre population adulte : de 25 % environ en 1987, cet indicateur est passé comme nous le disions à près de 37% en 1998. En ayant atteint cette proportion, les adultes de la région sont maintenant relativement plus nombreux que ceux du Québec à avoir un excès de poids.

### L'OSTÉOPOROSE

Au Canada, 30 % des femmes de 65 ans et plus et 10 % des hommes de cet âge souffriraient de cette maladie (Tenenhouse et autres, 2000, tiré du MSSS, 2003). Dans notre région, les seules données dont on dispose pour estimer l'ampleur de ce problème ont trait aux hospitalisations, avec les limites qu'on connaît à cet indicateur. Néanmoins, ces données indiquent que 22 hospitalisations ont eu lieu chez les personnes de 65 ans et plus de la Gaspésie et des Îles (18 femmes et 4 hommes) entre avril 1999 et mars 2002.

### LES MALADIES PARODONTALES

Les maladies parodontales sont des maladies qui affectent les tissus de soutien des dents (MSSS, 2003) et représentent, après 35 ans, la principale cause de perte des dents (MSSS, 1992). Plus précisément, les maladies parodontales se manifestent par le saignement des gencives, la présence de tartre, la présence de poches parodontales et la perte d'attachement de dents. Une prévalence élevée des parodontopathies sévères est généralement associée à une hygiène buccale déficiente (MSSS, 1992), à un faible revenu ainsi qu'à l'absence de régime d'assurance (Brodeur, Payette, Olivier et autres, 1998).

En 1994-1995, une vaste étude réalisée au Québec auprès d'adultes âgés entre 35 et 44 ans (Brodeur, Payette, Olivier et autres, 1998) montre que la prévalence des maladies parodontales est très élevée dans ce groupe, notamment le saignement gingival et la présence de tartre. En effet, plus de la moitié des adultes de 35 à 44 ans ont au moins cinq dents présentant un saignement des gencives et la moitié ont au moins cinq dents avec du tartre. De plus, 21,4 % des personnes de ce groupe ont au moins une poche parodontale de 6 mm ou plus, et nécessitant donc un traitement complexe (Brodeur, Payette et Olivier, 1998). Finalement, plus de la moitié des adultes ayant fait partie de cette étude avaient au moins une dent ayant subi une perte d'attachement de 4 mm ou plus.

Comme nous le disions plus tôt, les parodontopathies sont la principale cause de la perte des dents après 35 ans. Or, au Québec, en 1990, 14 % des personnes de 35 à 44 ans et 62 % des aînés présentaient une édentation complète (MSSS, 1992). Ceci dit, nous ne disposons toutefois d'aucune information sur les maladies parodontales pour les adultes et aînés de la Gaspésie et des Îles.

### LE CANCER DU POUMON

Ces quinze dernières années, l'incidence du cancer du poumon a connu une augmentation importante en Gaspésie et aux Îles, particulièrement chez les femmes. Aujourd'hui, une moyenne de 77 nouveaux cas de ce type de cancer sont diagnostiqués chaque année chez les hommes et 28 chez les femmes de la région. Cette incidence du cancer du poumon chez les hommes de la Gaspésie et des Îles est plus élevée, de l'ordre de 33 %, que celle observée chez les Québécois, et ce, peu importe l'âge.

Étant donné le très mauvais pronostic du cancer du poumon, environ la moitié des personnes atteintes en meurent dans l'année qui suit le diagnostic (Last et Wallace, 1992). Il n'est donc pas

étonnant d'avoir aussi assisté dans notre région à une hausse du taux de décès par cancer du poumon, hausse surtout marquée chez les personnes âgées. Également, au même titre que les hommes de la Gaspésie et des Îles présentent, comme nous le disions plus tôt, une incidence plus élevée de ce cancer que les Québécois, ils affichent aussi une surmortalité en cette matière (spécifiquement ceux âgés de 25 à 64 ans). Ceci dit, les données régionales indiquent qu'entre 1997 et 1999, en moyenne 69 hommes et 23 femmes de notre région sont décédés à chaque année d'un cancer du poumon. Actuellement, le cancer du poumon est d'ailleurs le cancer avec le taux de mortalité le plus élevé en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, ce qui est aussi le cas au Québec.

### LE CANCER DE LA PROSTATE

Au cours des trois années 1997-1999, 133 nouveaux cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués chez les Gaspésiens et Madelinots, soit environ 45 nouveaux cas par année. Fait à noter, l'incidence de ce type de cancer chez les hommes de 45 à 64 ans est plus faible dans notre région qu'au Québec. Toutefois, le taux global de mortalité associée au cancer de la prostate est supérieur en Gaspésie et aux Îles durant cette même période (35,7 contre 21,4 pour 100 000). Plus précisément, 56 Gaspésiens et Madelinots sont morts de ce type de cancer en 1997, 1998 et 1999.

### LE CANCER COLORECTAL

Ce type de cancer est la troisième cause de décès dû au cancer chez les hommes et chez les femmes, et la deuxième, sexes confondus, dépassant le cancer du sein et de la prostate qui sont essentiellement limités à un sexe.

À chaque année en Gaspésie et aux Îles, 30 nouveaux cas de cancer colorectal sont détectés chez les femmes et environ 35 chez les hommes (période 1997-1999). Plus des deux tiers de ces nouveaux cas sont diagnostiqués chez des personnes âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, au cours des trois années 1997-1999, 34 femmes et 49 hommes sont morts de cette cause dans notre région, soit autour de 27 décès au total à chaque année. Rappelons que le cancer du poumon fait en moyenne 92 victimes annuellement en Gaspésie et aux Îles. Finalement, les taux d'incidence et de mortalité associées au cancer colorectal dans notre région sont semblables à ceux du Québec.

### LE CANCER DU COL UTÉRIN

Ce cancer était autrefois un des cancers les plus dévastateurs chez les femmes, ce qui est toujours le cas ailleurs dans le monde où le dépistage n'est pas pratiqué. Au Québec comme en Gaspésie et aux Îles, il est maintenant une cause rare de cancer invasif ou de décès. En effet, au cours des trois années 1997, 1998 et 1999, seulement dix nouveaux cas de cancer invasif du col utérin ont été diagnostiqués chez les Gaspésiennes et Madeliniennes, dont six ont été détectés chez des femmes en âge de procréer. De plus, trois femmes de notre région sont décédées d'un cancer du col de l'utérus durant cette même période triennale. Deux d'entre elles avaient entre 25 et 44 ans.

Les gains appréciables en cette matière ne sont pas étrangers aux activités préventives, d'où l'importance justement de les maintenir. À ce sujet, mentionnons que le dépistage par le test de Pap est largement répandu. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, au moment de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Lemieux et Parent, 2002), c'est près de 92 % des femmes de 15 ans et plus qui ont affirmé avoir déjà passé cet examen de dépistage du cancer du col utérin, pourcentage légèrement supérieur à celui du Québec (86,4 %). Plus précisément, la passation de ce test remonte à moins de 12 mois pour la moitié des femmes interrogées lors de cette enquête, entre un et deux ans pour 21 % d'entre elles et à plus de deux ans pour 17 % (Lemieux et Parent, 2002).

## B. Les habitudes de vie des adultes

### Avant-propos au sujet du stress

Nous avons examiné, dans une revue récente, l'association entre certains facteurs psychosociaux et les maladies cardiovasculaires et le cancer. (*Stress : rôle potentiel dans une stratégie de prévention des maladies chroniques*, 2004, analyse non publiée) Les facteurs les plus fréquemment étudiés sont la personnalité hostile/type A, la dépression et l'anxiété, les caractéristiques du travail et le support social. Cette revue a permis d'établir que le stress, et surtout la dépression, sont associés à une incidence plus élevée des MCV, à la fois dans la population générale et, en particulier, chez les personnes ayant déjà un diagnostic de MCV. Or, les quelques efforts documentés de gestion du stress n'ont généralement pas réussi à baisser l'incidence des MCV. Une association entre stress et cancer est moins bien établie, et nous n'avons pas trouvé d'étude sur la réduction du cancer par la gestion du stress. En somme, il semble normal de souhaiter la réduction du niveau de stress dans la population comme une fin qui serait méritoire en soi. Par contre, on peut difficilement dire quelles techniques seraient efficaces pour réduire le stress. La gestion du stress n'est pas une activité que le *PNSP* propose aux régions, et on ne trouve pas dans la littérature scientifique des données probantes qui justifieraient son inclusion dans le but de prévenir les MCV et le cancer.

Quant au tabagisme, à la mauvaise alimentation et à la sédentarité, ce sont des habitudes de vie qui sont associées à l'apparition ou à l'aggravation de plusieurs des maladies chroniques et pour lesquelles des mesures peuvent être prises en vue de les modifier. Également, les habitudes d'hygiène buccale ont une incidence sur la survenue des problèmes buccodentaires, notamment des maladies parodontales.

#### LE TABAGISME

Concernant d'abord l'usage du tabac, déterminant majeur de plusieurs maladies chroniques, il est intéressant de noter que la proportion de fumeurs réguliers a connu une baisse significative de 1987 à 1998, en passant de 37,4 % à 29,9 % chez les personnes de 15 ans et plus de notre région (Lemieux et Parent, 2002). De plus, ce résultat encourageant a été observé tant chez les hommes que chez les femmes et presque tous les groupes d'âge présentent cette même tendance. Pour les deux groupes qui nous intéressent ici, à savoir les adultes de 25 à 64 ans et ceux de 65 ans et plus, les pourcentages de fumeurs réguliers se situent respectivement en 1998 à 34,2 % et à 11,3 %.

Par ailleurs, pour ce qui concerne l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* nous apprennent que 40,3 % des adultes de la Gaspésie et des Îles affirment être quotidiennement ou quasi quotidiennement exposés à la fumée de tabac à la maison et 21,3 % le sont dans les lieux publics. Les pourcentages correspondants chez les aînés de la région sont 31,3 % et 10,5 % respectivement (Lemieux et Parent, 2002).

#### L'ALIMENTATION

L'alimentation est une réalité complexe qui héberge plusieurs problématiques différentes. À un premier niveau, on peut parler de l'apport calorique qui doit être en harmonie avec la dépense calorique pour maintenir un poids stable. Historiquement, c'est la carence qui a été la menace principale à la santé, et cette menace subsiste encore dans plusieurs contextes de détresse dans notre société. La notion de « sécurité alimentaire » suggère cette préoccupation pour la carence. D'ailleurs, des études récentes indiquent que la carence calorique en bas âge peut expliquer plusieurs pathologies chez l'adulte. En particulier, la science de la nutrition s'est concentrée,

jusqu'à récemment, sur les diverses carences spécifiques, par exemple vitaminique, et leurs conséquences sur la santé.

Toute bonne chose pouvant être nocive si elle est consommée à l'excès, les dernières années ont vu l'émergence du déséquilibre inverse qui est l'excès de consommation calorique. Associée à une réduction dans la dépense calorique moyenne, cette surconsommation est responsable de l'essor remarquable de l'obésité dans les sociétés économiquement favorisées.

Soulignons la contribution de quelques composantes de l'alimentation déterminantes de plusieurs maladies et conditions chroniques vues dans la section précédente :

- Surconsommation calorique : MCV, diabète, obésité,
- Viande : cancer de la prostate et cancer colorectal,
- Acides gras : MCV, cancer colorectal,
- Alcool : MCV (facteur de protection et facteur de risque, selon la quantité),
- Calcium : ostéoporose.

Il n'y a pas de consensus sur les meilleures façons de lutter contre le déséquilibre calorique, ni les carences ou excès spécifiques. Or, il y a consensus sur le fait que la plupart des personnes auraient avantage à augmenter leur consommation de fruits et légumes, sans qu'on s'entende sur les meilleures façons d'atteindre ce but. Il y aussi consensus sur l'importance d'agir pour la minorité des personnes qui souffrent d'insécurité alimentaire, mais dans un but plutôt humanitaire que pour la prévention des maladies chroniques.

Les données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* nous apprennent qu'en 2001, seulement 35,4 % des adultes de la Gaspésie et des Îles et en particulier 48,4 % des aînés, consomment cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour, alors que le pourcentage visé dans le *PNSP* s'élève à 80 %. Une des raisons contribuant à une alimentation non équilibrée ou déficiente est la difficulté qu'ont certains individus à se procurer des aliments sains à cause de la non-disponibilité de ces aliments ou de leur coût trop élevé. En 1998, c'est d'ailleurs chez les personnes habitant dans un ménage à revenu pauvre ou très pauvre qu'on retrouve la plus forte prévalence de l'insécurité alimentaire avec 22,3 %, tandis que ce pourcentage se situe à 6,9 % dans l'ensemble de la population gaspésienne et madelinienne (Lemieux et Parent, 2002). Au Québec, ce dernier pourcentage se situe à 8,3 %; c'est pourquoi l'objectif poursuivi à cet égard dans le *PNSP* est de réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.

### L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le troisième facteur de risque reconnu comme ayant une influence notable sur les maladies chroniques est la sédentarité. Cependant, le *PNSP* ne vise pas comme tel à agir sur la sédentarité. En effet, l'objectif formulé à cet égard vise plutôt à augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique. Ceci dit, comme nous le disions au premier domaine d'intervention relatif aux enfants et aux jeunes, nous n'avons actuellement aucune donnée fiable sur les personnes de notre région atteignant le niveau recommandé d'activité physique, lequel se mesure, rappelons-le, en tenant compte notamment de la durée, de la fréquence et de l'intensité de l'activité réalisée. Ainsi, les seules données disponibles sur cette habitude de vie proviennent de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, laquelle estime simplement la fréquence à laquelle la population fait de l'activité physique. Ainsi, selon cette étude, 28,7 % des personnes de 25 à 64 ans dans la région et 30,0 % des 65 ans et plus pratiquaient trois fois ou plus par semaine de l'activité physique en 1998. En se fiant strictement à cet indicateur, les adultes gaspésiens et madelinots seraient plus actifs physiquement que la population québécoise où 23,4 % des adultes se considèrent actifs physiquement.

Finalement, de manière à prévenir l'apparition des maladies parodontales, le *PNSP* vise à améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire, notamment chez les adultes. Comme c'était toutefois le cas pour les maladies parodontales, nous ne disposons d'aucune information sur cette habitude de vie spécifique chez les adultes et les aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Les seules données disponibles à notre connaissance proviennent de l'étude provinciale réalisée en 1994-1995 auprès d'adultes de 35 à 44 ans (Brodeur, Payette, Olivier et autres, 1998). Les résultats de cette étude indiquent que les deux tiers des adultes québécois se brossent les dents au moins deux fois par jour, résultats jugés satisfaisant par les auteurs, mais que seulement le quart utilise la soie dentaire à tous les jours.

## Les objectifs poursuivis dans le domaine des maladies chroniques et des habitudes de vie chez les adultes

**A. Les maladies chroniques**

- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant notamment les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);
- Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;
- Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- Réduire de 30 % l'incidence du diabète;
- Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes;
- Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus;
- Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivites et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus.[12]

**B. Les habitudes de vie**

- Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;
- Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- Maintenir la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %;
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les adultes.

[12] Les programmes et activités en lien avec cet objectif apparaissent dans la partie sur les habitudes de vie.

## Les programmes et les activités requis

### La clientèle visée

Rappelons, avant de présenter les programmes et les activités requis pour ce troisième domaine, que nous avons intégré au premier domaine (le développement, l'adaptation, l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies infectieuses chez les jeunes et les familles) des objectifs et des programmes de prévention portant sur les habitudes de vie et s'adressant aux jeunes. De cette manière, en intervenant très tôt pour le développement de saines habitudes de vie, il est démontré que cela a un impact probant sur les maladies chroniques qui se manifestent généralement au cours de la vie adulte. Donc, à la lecture de ce qui suit sur les maladies chroniques et les habitudes de vie chez la clientèle des adultes, il faut garder en mémoire qu'une importante stratégie de prévention vise les clientèles dès le plus jeune âge.

### Agir sur les maladies chroniques et les habitudes de vie

Dans le texte précédent, nous avons abordé d'abord les maladies chroniques en identifiant leurs facteurs de risque. Principales parmi les causes des maladies sont les habitudes de vie, et c'est en travaillant sur ces habitudes que la plupart des gains seront vraisemblablement accomplis. Dans les activités et programmes proposés, la plupart relèvent de la prévention des maladies et de la promotion de la santé par le biais des changements des habitudes de vie, à la fois en soutenant les personnes qui désirent améliorer leurs habitudes de vie, et en faisant la promotion des changements environnementaux qui faciliteront l'adoption par les personnes de saines habitudes de vie.

En complémentarité avec ce travail sur les habitudes de vie, il y a un certain nombre de facteurs de risque qui ne concernent pas les habitudes de vie, mais plutôt des conditions biologiques ou des conditions pathologiques précoces qu'on peut modifier par le biais de certaines interventions dans le domaine des soins de santé primaires. Dans ce sens, le *PNSP* propose qu'on accentue les activités de soutien aux pratiques cliniques préventives qui s'appuient sur des données probantes. Ces deux domaines ne sont pas conceptuellement distincts, une partie des activités des cliniciens concernant aussi la promotion de l'adoption de saines habitudes de vie auprès de leur clientèle. Dans les sections qui suivent, nous traiterons d'abord des interventions qui ne concernent pas les habitudes de vie, sous la rubrique des maladies chroniques, en insistant sur la nécessité de consulter les instances concernées sur la faisabilité des projets proposés. Nous poursuivons ensuite en résumant les activités appartenant à notre principal axe d'intervention qui demeure la promotion des saines habitudes de vie.

### Les modèles d'organisation des services

La plupart des interventions proposées nécessitent la collaboration étroite des différents organismes et personnes qui offrent déjà des services à la population. En ce qui concerne les soins de santé primaires (Lamarche, 2003), on peut distinguer entre des modèles d'organisation des soins qui sont des modèles professionnels et des modèles dits communautaires. Le modèle professionnel vise à fournir des services médicaux à des patients (des clients) qui se présentent chez leur médecin. La responsabilité de l'offre de service incombe aux médecins travaillant seuls ou en groupe, auxquels peuvent s'adjoindre d'autres professionnels. La population ne joue pas de rôle dans la régie de ces organismes. Ce modèle professionnel est le modèle dominant au Canada et au Québec. L'autre modèle, dit communautaire, vise à fournir des services médicaux, sociaux et communautaires à toute la population d'un territoire donné. Les professionnels offrant ces services travaillent au sein d'un centre de services financé par un budget forfaitaire versé par

une autorité locale ou régionale. Un tel centre est régi par des représentants de la population. C'est le modèle qui prévaut dans nos CLSC.

Lamarche et autres (2003) considèrent que ces deux modèles relèvent de deux visions et de deux logiques différentes. Chaque modèle se distingue par des avantages et des inconvénients : le principal avantage du modèle professionnel étant l'accessibilité et la réactivité des services offerts, et l'avantage du modèle communautaire étant son efficacité, sa qualité, et le contrôle des coûts. Ces auteurs sont d'avis qu'une version intégrée du modèle communautaire (avec un mécanisme formel permettant l'intégration des soins de santé primaires aux autres composantes du système de santé) est supérieur aux autres modèles en termes d'effets. Dans l'évaluation que font les auteurs des modèles présentés, ceux-ci classent au deuxième rang une version du modèle professionnel, dit « de coordination », où il y a là aussi un mécanisme formel de continuité longitudinale des soins et d'intégration aux autres composantes du système de santé. Mais les auteurs observent aussi que ces deux modèles sont complémentaires en termes d'effets atteints. « *Peu importe lequel de ces deux modèles est choisi, il demeure incomplet et il devra être complété par l'ajout d'éléments empruntés à l'autre modèle.* » (Lamarche et autres, 2003)

Sans présumer quelle sera l'évolution des structures au Québec, nous pouvons affirmer sans risque de nous tromper que le modèle professionnel peut bénéficier d'un complément de services communautaires et, inversement, que le modèle communautaire devrait être complété par la présence de services cliniques accessibles et réactifs aux besoins de la population. Nous proposons donc que la consultation sur la mise en place des différentes activités proposées ici doit nécessairement inclure à la fois les CLSC, qui incarnent le modèle communautaire, ainsi que les intervenants cliniques, incarnant le modèle professionnel. Ces deux groupes devront collaborer pour offrir à la population un niveau de service préventif optimal.

## A. Les maladies chroniques

---

- ***Programme de soutien des médecins aux techniques de counselling bref auprès des personnes qui les consultent par rapport à de multiples conditions***
- ***Soutien aux pratiques cliniques préventives suivantes :***
  - ***dépistage et diagnostic de l'hypertension***
  - ***dépistage du risque des maladies cardiovasculaires***
  - ***dépistage de l'ostéoporose***
  - ***dépistage du cancer du col utérin***
- ***Programme québécois de dépistage du cancer du sein***

---

- ***Programme de soutien des médecins aux techniques de counselling bref auprès de personnes qui les consultent par rapport à de multiples conditions***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** Médecins de première ligne.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Enquête auprès des cliniciens sur leurs besoins en matière de formation sur le counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure.

- ***Soutien aux pratiques cliniques préventives : dépistage et diagnostic de l'hypertension***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs envisagés :** Médecins de première ligne, autres intervenants cliniques, notamment infirmières.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Consultation auprès des CLSC et des départements hospitaliers de médecine générale et de médecine interne;
- Analyse de la faisabilité de la mise en place de cliniques d'évaluation de l'hypertension, par exemple par l'entremise d'un projet pilote;
- Soutien à la programmation, expertise de contenu, évaluation.

- ***Soutien aux pratiques cliniques préventives : dépistage du risque de maladie cardiovasculaire***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs envisagés :** Médecins de première ligne, autres intervenants cliniques, notamment infirmières.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Consultation auprès des CLSC et des départements hospitaliers de médecine générale et de médecine interne sur leur intérêt par rapport à la faisabilité de la mise en place de cliniques d'évaluation du risque cardiovasculaire, par exemple par l'entremise d'un projet pilote;
- Consultation auprès des médecins de première ligne sur leur intérêt par rapport à une formation sur les principes d'une évaluation globale du risque et des outils disponibles pour les maladies cardiovasculaires. Éventuellement, organisation de formations, expertise de contenu, documentation;
- Soutien à la programmation, expertise de contenu, évaluation.

- ***Soutien aux pratiques cliniques préventives : dépistage de l'ostéoporose***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs envisagés :** Médecins de première ligne, départements hospitaliers de radiologie.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Consultation auprès des départements hospitaliers de médecine générale, de médecine interne et de radiologie;
- Analyse de la faisabilité de la mise en place de cliniques de dépistage de l'ostéoporose, par exemple par l'entremise d'un projet pilote;
- Soutien à la programmation, expertise de contenu, évaluation.

---

- ***Soutien aux pratiques cliniques préventives : dépistage du cancer du col utérin***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme** : DSP.

**Principaux collaborateurs envisagés** : Médecins de première ligne pratiquant ou prescrivant le test Pap, autres intervenants cliniques, notamment infirmières.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Enquête sur le recours au dépistage du cancer du col dans la région, les modalités de pratique et l'exploration de nouvelles voies d'accès à la procédure;
- Consultation auprès des CLSC et des départements hospitaliers de médecine générale et de médecine interne sur la faisabilité de la mise en place de cliniques de dépistage de cancer du col utérin;
- Soutien à la programmation, expertise de contenu, évaluation.

---

- ***Programme québécois de dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 50 à 69 ans (PQDCS)***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** Départements de radiologie des centres désignés.

**Principaux collaborateurs :** Médecins de première ligne.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Gestion des invitations et des résultats compte tenu du mandat de la DSP comme centre de coordination régionale des services, ainsi qu'appui opérationnel et technique aux centres de dépistage;
- Production d'informations sur le programme à l'intention des médecins de la région;
- Formation continue des médecins par une rétroaction sur leurs interventions dans le cadre du PQDCS;
- Constitution d'un mécanisme régional d'assurance qualité;
- Participation à l'évaluation du programme faite par le MSSS;
- Planification, coordination et évaluation des activités régionales; en particulier, établissement de mécanismes pour diminuer les délais d'attente.

## B. Les habitudes de vie

- ***Programme de prévention et de cessation du tabagisme***
- ***Programme de protection des non-fumeurs***
- ***Programme de promotion de l'activité physique***
- ***Campagne de communication sur la saine alimentation***
- ***Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire***
- ***Promotion de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les personnes de 65 ans et plus***

### ❑ *Programme de prévention et de cessation du tabagisme*

**Premiers responsables de la mise en place de ces programmes :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Médecins, pharmaciens, médias d'information, écoles, commissions scolaires.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Organisation logistique à l'échelle régionale des campagnes nationales de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont le non-usage du tabac (toutes les clientèles);
- Soutien à l'implantation des Centres d'Abandon du Tabagisme (CAT) dans les CLSC de la région par :
  - l'organisation de formations et de séances de mise à jour des pratiques pour les intervenants des CAT,
  - le maintien à jour de l'information scientifique en matière de cessation tabagique,

- la préparation d'une rencontre régionale annuelle des personnes responsables de l'implantation du CAT dans chaque CLSC,
- la coordination régionale des services en vue de l'intégration dans les CAT des services de dépistage des fumeurs, d'intervention brève, d'aide pharmaceutique, d'intervention complète, de soutien intensif, comme le requiert le *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (*PQAT*) (MSSS, 2002). Ajoutons que la gestion du stress fait partie intégrante des éléments à inclure dans un programme de cessation;

- Coordination régionale en vue de l'intégration des services de cessation du CAT aux autres programmes et activités portant sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, consommation d'alcool);

- Conception et diffusion de matériel de promotion des services offerts par les CAT mis en place dans les CLSC de la région;

- Gestion régionale (allocations et suivis budgétaires) des budgets attribués par le MSSS pour la mise en place des CAT et la mise en œuvre du *PQAT*.

---

❑ ***Programme de protection des non-fumeurs***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** MSSS.

**Principaux collaborateurs :** DSP, tous les lieux publics ciblés par la Loi sur le tabac.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Soutien à l'adoption et à l'application de politiques visant la réduction de l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux publics.

---

❑ ***Programme de promotion de l'activité physique***[13]

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP (Kino-Québec).

**Principaux collaborateurs :** Unité régionale loisir et sport (URLS), Regroupement gaspésien du loisir municipal (RGLM), municipalités, médias d'information, FADOQ, FADEQ, clubs de l'âge d'or, CLSC, Fédération québécoise de la marche, milieux de travail, Conseil de concertation et de développement.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Création d'environnements favorables à la pratique d'activité physique, de pair avec des activités de communication :
  - organisation des campagnes *Plaisir sur glace* (campagne hivernale) et *Bougeons en famille!* (campagne estivale),
  - participation aux travaux du comité régional sur la tarification familiale en vue de faciliter l'accessibilité aux installations sportives existantes (municipalités – URLS),

[13] L'activité physique comporte parmi les nombreux bienfaits qu'elle procure celui d'un meilleur contrôle du stress.

- participation au projet régional cyclotouristique de la *Route Verte*;

- Mise en place dans les CLSC d'interventions personnalisées visant à modifier les comportements en matière de santé, de prévenir les maladies chroniques ou d'en contrôler l'évolution :
  - formation d'une personne-ressource (ex. : infirmière) dans chaque CLSC,
  - production d'outils de counselling sur l'adoption de saines habitudes de vie (ex. : promotion des bienfaits de la marche, conseils sur la pratique progressive de l'activité physique selon l'état de santé du patient, carnet de santé pour le suivi de cette habitude de vie par les personnes suivies, etc.);

- Diffusion de l'avis du comité scientifique de Kino-Québec sur les stratégies prometteuses en promotion de l'activité physique et de l'avis sur la prévention de l'obésité;

- Conception et diffusion d'une campagne de promotion de la marche, incluant un volet sur les comportements sécuritaires à adopter lors de la marche en soirée, ainsi que la mise à jour et la réédition du dépliant d'information sur les lieux de marche en Gaspésie et aux Îles;

- Poursuite de la coordination régionale pour maintenir et consolider le programme de promotion de l'activité physique chez les 65 ans et plus, *Viactive* :
  - animation de groupes de travail locaux,
  - soutien à la programmation des activités *Viactive*,
  - organisation de formations *Viactive*,
  - expertise de contenu sur la promotion de l'activité physique auprès des aînés;

- Participation à l'organisation annuelle des *Jeux régionaux des aînés*;

- Diffusion du 3e avis du comité scientifique de Kino-Québec portant sur l'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus.

---

❑ ***Campagne de communication sur la saine alimentation***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** MSSS.

**Principaux collaborateurs :** DSP, les autres collaborations dépendent de la nature de la campagne qui sera développée.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Participation au volet régional de la campagne de communication qui sera développée par le MSSS d'ici 2006.

---

- ***Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire (clientèles de tous âges)***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme** : Organismes communautaires travaillant en sécurité alimentaire, Table de concertation des organismes communautaires en sécurité alimentaire Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (SAGÎM).

**Principaux collaborateurs :** CLSC, Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, organismes communautaires auprès des familles, organismes communautaires auprès des personnes financièrement démunies.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 (conditionnelles à l'obtention de budgets aux échelles régionale et locale) :**

- Coordination régionale en vue de la consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs;
- Gestion du programme de subvention de projets en sécurité alimentaire, si celui-ci obtient du financement du MSSS;
- Réalisation d'une recherche sur la problématique de la sécurité alimentaire en Gaspésie et aux Îles.

- ***Promotion de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les personnes de 65 ans et plus***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** DSP, CHSLD, CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Hygiénistes dentaires, infirmières en CHSLD.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007**[14] **:**

- Conception et organisation d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les personnes âgées vivant en CHSLD;
- Soutien aux initiatives locales destinées à promouvoir la santé dentaire des personnes âgées vivant dans les CHSLD (par la diffusion d'informations, d'outils d'intervention, etc.);
- Amélioration des connaissances des hygiénistes dentaires et des infirmières en CHSLD au regard de l'acquisition de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les personnes âgées (par la diffusion d'informations ou l'organisation de formations adaptées).

[14] Elles sont conditionnelles à l'ajout de ressources humaines et financières adéquates.

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

### DOMAINE 3 : LES MALADIES CHRONIQUES ET LES HABITUDES DE VIE CHEZ LES ADULTES

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **A. Les maladies chroniques**<br><br>▪ Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);<br>▪ Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;<br>▪ Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;<br>▪ Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;<br>▪ Réduire de 30 % l'incidence du diabète;<br>▪ Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes;<br>▪ Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus;<br>▪ Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivites et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus. | ▪ Programme de soutien des médecins aux techniques de counselling bref auprès des personnes qui les consultent par rapport à de multiples conditions;<br>▪ Soutien aux pratiques cliniques préventives suivantes :<br>– dépistage et diagnostic de l'hypertension,<br>– dépistage du risque des maladies cardiovasculaires,<br>– dépistage de l'ostéoporose,<br>– dépistage du cancer du col utérin;<br>▪ Programme québécois de dépistage du cancer du sein;<br>▪ Promotion de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les personnes de 65 ans et plus. | **Prévention** | ▪ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **B. Les habitudes de vie** | | | |
| • Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;<br>• Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. | • Programme de prévention et de cessation du tabagisme;<br>• Programme de protection des non-fumeurs. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes. |
| • Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour. | • Campagne de communication sur la saine alimentation. | | • Renforcer le potentiel des personnes. |
| • Maintenir la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %. | • Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire. | **Promotion** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| • Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique. | • Programme de promotion de l'activité physique. | **Promotion** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| • Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les adultes. | • Promotion de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les personnes de 65 ans et plus. | **Promotion** | • Renforcer le potentiel des personnes. |

DOMAINE 4

**LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS**

## État de situation régionale

Les traumatismes non intentionnels regroupent « *l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables* » (Institut national de santé publique du Québec, 2001, tiré de MSSS, 2003, p. 48). Les traumatismes non intentionnels dont il est ici question ne concernent que ceux se produisant dans les lieux ou circonstances suivants : 1) sur le réseau routier ou sur les sentiers hors route, 2) à domicile, et 3) lors d'activités récréatives ou sportives. Les traumatismes survenant en milieu de travail seront, pour leur part, abordés à l'intérieur du septième domaine intitulé *La santé au travail*. Les données relatives aux traumatismes non intentionnels sont présentées selon les trois catégories préalablement énumérées et correspondent aux objectifs retenus dans le *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003). Ces données concernent tous les groupes d'âge de la population.

### A. Sécurité routière

Mentionnons d'abord qu'en dépit de la baisse de la mortalité sur les routes qu'ont connue la Gaspésie et les Îles et le Québec depuis une quinzaine d'années, parmi l'ensemble des traumatismes non intentionnels, ceux survenant sur la voie publique sont encore de loin les plus mortels. Dans notre région, 53 Gaspésiens et Madelinots, dont 34 hommes, sont décédés sur les routes au cours des trois années 1997, 1998 et 1999 pour un taux annuel moyen de décès de 16,9 par 100 000 habitants. Au cours de cette période, la Gaspésie et les Îles enregistre un taux de mortalité chez les usagers du réseau routier sensiblement plus élevé que celui de la province (16,9 contre 9,7 pour 100 000). À titre indicatif, les données de la Société de l'assurance automobile du Québec montrent que 35 personnes, pas nécessairement tous des Gaspésiens et Madelinots, ont perdu la vie durant la période triennale 2000-2002 sur les routes de notre région. Ce nombre correspond à un taux annuel moyen de décès sur les routes pour la Gaspésie et les Îles de 11,6 par 100 000, taux semblable dans ce cas-ci à celui de la province.

La conduite de véhicules hors route entraîne également un nombre de décès qui pourraient être évitables. Au cours de la période 1997-1999, 4 décès (tous des hommes) sont survenus chez des conducteurs de véhicule hors route de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

### B. Chutes et blessures à domicile

Si, parmi l'ensemble des traumatismes non intentionnels, les traumatismes routiers sont responsables du plus grand nombre de décès, le domicile est le lieu où survient le plus grand nombre d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation d'activités et/ou une consultation médicale en 1998 (Lemieux et Parent, 2002). De plus, selon les données de cette enquête au provincial, les chutes sont responsables de plus de la moitié des traumatismes involontaires à domicile (Daveluy et autres, 2000).

Au chapitre plus précisément des chutes, les données du fichier Med-Echo entre avril 1999 et mars 2002 nous apprennent que les chutes accidentelles sont la cause de 380 hospitalisations à

chaque année en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Ce nombre correspond à un taux annuel moyen d'hospitalisation de 3,7 pour 1 000, lequel taux s'élève à plus de 16,0 chez les personnes de 65 ans et plus. Également, les chutes accidentelles ont été responsables de 24 décès en Gaspésie et aux Îles au cours des années 1997, 1998 et 1999. De ces 24 décès, 21 sont survenus chez des personnes de 65 ans et plus, faisant donc de ce groupe d'âge le groupe le plus à risque de chutes accidentelles. Il importe toutefois de préciser ici que le système de classification du fichier Med-Echo et du fichier des décès ne nous permet pas de connaître le lieu où se sont produites les chutes. Ainsi, pour les dernières données présentées, nous ne pouvons dire si ces événements se sont produits à domicile ou ailleurs. Il en va de même pour les autres causes possibles de blessures accidentelles. En effet, que ce soit pour les suffocations ou les brûlures, les données dont on dispose ne permettent pas de les classifier selon le lieu où ces événements sont survenus. C'est là l'une des limites à l'utilisation des banques de données sur les hospitalisations et les décès.

Ceci dit, ces deux sources d'information indiquent tout de même que dans notre région, entre avril 1999 et mars 2002, autour de 35 hospitalisations ont lieu annuellement, soit à la suite d'une intoxication par l'ingestion d'un produit toxique ou d'un médicament, soit à cause d'une brûlure ou encore d'une suffocation ou d'un étouffement par l'ingestion d'un corps étranger. Les hommes semblent particulièrement vulnérables à ce genre de traumatismes puisque les deux tiers des hospitalisations les concernent. Ces types de blessures accidentelles ont aussi été la cause d'un total de 17 décès chez les Gaspésiens et Madelinots durant les trois années 1997, 1998 et 1999. Dans ce cas-ci, ce sont les personnes de 65 ans et plus qui présentent une surmortalité.

### C. Traumatismes récréatifs et sportifs

Les traumatismes récréatifs ou sportifs dont font partie les noyades et les collisions lors d'activités aquatiques, sont aussi responsables d'un nombre non négligeable d'hospitalisations dans notre région, particulièrement chez les jeunes garçons de 14 ans et moins. En effet, entre avril 1999 et mars 2002, plus de 80 hospitalisations attribuables aux traumatismes survenus dans les sports et loisirs ont lieu chaque année en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, dont le quart sont des jeunes garçons de 14 ans et moins. De plus, 15 personnes de la région, dont 13 hommes, ont perdu la vie en 1997-1999 suite à un traumatisme récréatif ou sportif.

## Les objectifs poursuivis au regard des traumatismes non intentionnels

**A. Sécurité routière**

- Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route.

**B. Chutes et blessures à domicile**

- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

**C. Traumatismes récréatifs ou sportifs**

- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

## Les programmes et les activités requis

- ❑ ***Programme de prévention des accidents de la route et des accidents de véhicules hors route***
- ❑ ***Programme de promotion de la sécurité à domicile***
- ❑ ***Promotion des mesures de sécurité lors d'activités récréatives et sportives***

### A. Sécurité routière

❑ ***Programme de prévention des accidents de la route et des accidents de véhicules hors route***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** Sûreté du Québec, établissements licenciés pour la vente d'alcool (bars, dépanneurs, épiceries, discothèques), Régie des alcools, des courses et des jeux, Société de l'assurance automobile du Québec, municipalités, Pêches et Océans Canada (Bureau de la sécurité nautique, Garde côtière canadienne), marinas, commissions scolaires et écoles secondaires, clubs de VTT, clubs de motoneige.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Poursuite de la mise en œuvre d'interventions préventives visant à réduire les risques associés à la consommation de drogues et d'alcool, comme la formation des serveurs, les services de raccompagnement et le recours aux chauffeurs désignés;

- Développement et expérimentation d'une intervention préventive pour réduire les conséquences de la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 18 ans qui font usage d'un véhicule routier ou récréatif hors route : création d'un programme de sensibilisation *Action-polyvalente* inspiré du programme *Action-dépanneur* et adapté aux adolescents en âge de conduire.

## B. Chutes et blessures à domicile

### ❑ *Programme de promotion de la sécurité à domicile*

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Organismes communautaires auprès des enfants et de leur famille, écoles, commissions scolaires, centres d'action bénévole, clubs de l'âge d'or, Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ), Fédération de l'âge d'or de l'est du Québec (FADEQ).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Intégration dans le cadre du programme intégré de périnatalité et petite enfance, d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, en s'inspirant du guide *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants* (DSP Montréal-Centre, 2001);

- Réalisation d'un état de situation régionale sur la problématique générale de la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées;

- Planification et mise en œuvre d'un projet pilote de prévention des chutes à domicile sur une ou deux MRC du territoire.

## C. Traumatismes récréatifs ou sportifs

### ❑ *Promotion des mesures de sécurité lors d'activités récréatives et sportives*

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** municipalités, Pêches et Océans Canada (Bureau de la sécurité nautique, Garde côtière canadienne), marinas.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôles prévues par les lois et règlements concernant la pratique des sports de glisse au Québec et le port du vêtement individuel de flottaison (*PNSP*, p. 51);

- Mise en œuvre de programmes d'application sélective (*PAS*)[15] concernant la conduite d'embarcations motorisées sur les plans d'eau en ciblant le port du vêtement individuel de flottaison et le contrôle de la conduite d'embarcations avec les facultés affaiblies par l'alcool (*PNSP*, p. 51);

[15] « Un programme d'application sélective (PAS) consiste en une action concertée et intensive réalisée au moyen d'activités visant à développer ou à modifier un comportement dans une population. Il comprend habituellement un volet médiatique jumelé à une intervention policière. » (*PNSP*, p. 51)

- Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des milieux scolaires et des centres à la petite enfance (*PNSP*, p. 51) :
  - Soutien conseil lors de la planification d'un plan d'aménagement de la cour d'école, en lien avec la norme CAN ICSA Z614-98;
  - Soutien à la reconnaissance des situations potentiellement non conformes à la norme dans les aires et appareils de jeu;
  - Sensibilisation des milieux scolaires à l'importance de procéder à l'inspection et à l'entretien des aires de jeu régulièrement.

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

### DOMAINE 4 : LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **A. Sécurité routière**<br>• Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route. | • Programme de prévention des accidents de la route et des accidents de véhicules hors route. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes. |
| **B. Chutes et blessures à domicile**<br>• Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile. | • Programme de promotion de la sécurité à domicile. | **Promotion** | • Renforcer le potentiel des personnes. |
| **C. Traumatismes récréatifs ou sportifs**<br>• Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs. | • Promotion des mesures de sécurité lors d'activités récréatives et sportives. | | • Renforcer le potentiel des personnes. |

DOMAINE 5

**LES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES ADULTES**

## État de situation régionale

Nous avons déjà présenté, dans le premier domaine d'intervention, l'état de situation des maladies infectieuses chez les enfants et les jeunes de moins de 25 ans. Dans cette partie-ci, nous nous concentrons donc sur la situation des maladies infectieuses qui affectent les personnes de 25 ans et plus ainsi que les femmes enceintes et les nouveau-nés. Avant de débuter, il importe de préciser, comme nous l'avons fait au premier domaine, ce que nous entendons par maladies infectieuses. Ainsi, il s'agit de :

> *« [...] l'ensemble des maladies transmises par des micro-organismes, soit de nature bactérienne, virale ou autre. La contagion implique qu'un agent infectieux soit transmis à une personne réceptive. La prévention emprunte des stratégies visant à réduire la présence de l'agent (ex. : traitement des cas de coqueluche), la réceptivité des personnes (ex. : immunisation) et les voies de transmission (ex. : port du condom). »* (Jalbert, Y., dans Paquet et Roy, 2003, p. 79)

Suivant cette définition, les maladies infectieuses regroupent donc 1) les maladies évitables par l'immunisation dont la coqueluche, la rougeole et l'hépatite A, 2) le VIH/sida, l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement et, finalement, 3) les autres maladies infectieuses (infections nosocomiales, infections transmises par les produits alimentaires et les zoonoses). C'est en respectant ces trois grandes catégories que nous présentons, dans ce qui suit, les données régionales sur les maladies infectieuses.

### A. Les maladies évitables par l'immunisation

De 1993 à 2002, aucun cas de rage n'a été déclaré au fichier des maladies à déclaration obligatoire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (MADO). Ainsi, selon l'objectif poursuivi par le *PNSP*, il nous faut maintenir cette incidence à zéro d'ici 2006 en ce qui concerne les cas indigènes.

L'hépatite A et l'hépatite B sont deux maladies du foie pouvant aussi être prévenues par l'immunisation. Au cours de la décennie 1993-2002, 5 cas d'hépatite A et seulement 2 d'hépatite B aiguë ont été rapportés au fichier des MADO pour les personnes de 25 ans et plus de notre région. Rappelons qu'aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré durant cette même période chez les enfants et les jeunes Gaspésiens et Madelinots. Pour ces deux formes d'hépatite, nous avons déjà atteint pour notre région les objectifs fixés en cette matière par le MSSS, ce qui bien sûr doit nous motiver à poursuivre nos efforts de prévention par la vaccination.

Par ailleurs, les infections invasives à pneumocoque, c'est-à-dire les méningites et les septicémies à pneumocoque, bien que plus fréquentes chez les enfants, peuvent aussi constituer une menace à la santé de toute la population. Au Québec, entre avril 1999 et mars 2002, plus de 160 hospitalisations sont attribuables à ces infections à chaque année et parmi elles, 40 % concernent des adultes de 25 ans et plus. En Gaspésie et aux Îles, sur les cinq hospitalisations liées à une infection invasive à pneumocoque et ayant eu lieu au cours de cette même période de trois ans, une était le cas d'un adulte de 25 ans et plus. Au fichier des MADO maintenant, 17 cas d'infections invasives à pneumocoque ont été rapportés au cours des sept dernières années,

soit de 1996 à 2002, chez les Gaspésiens et Madelinots de 25 ans et plus, dont 7 en 2000 et 4 en 2001.

Les personnes de 65 ans et plus ainsi que celles souffrant de maladies chroniques sont deux groupes particulièrement vulnérables aux conséquences et complications graves de la grippe (influenza) (MSSS, 2003). Chez les aînés de la Gaspésie et des Îles, entre avril 1999 et mars 2002, c'est autour de 230 hospitalisations qui sont survenues annuellement et dont la cause principale était la grippe ou la pneumonie. Ce nombre représente un taux annuel moyen d'hospitalisation de 15,6 pour 1 000 personnes âgées, lequel est plus élevé que celui enregistré par les aînés du Québec (10,5 pour 1 000). Or, le MSSS (2003) prévoit une pandémie d'influenza dans les prochaines années et demande donc aux autorités de santé publique de maintenir les services essentiels à cet égard, ce à quoi nous adhérons comme Direction de santé publique.

Un des objectifs du *PNSP* cible plus précisément les femmes enceintes. En effet, le programme vise à réduire à zéro l'infection rubéoleuse indigène durant la grossesse et la conséquence de cette infection chez le bébé, soit la rubéole congénitale. Or, dans notre région, aucun cas de rubéole survenant chez une femme enceinte, ni de cas de rubéole congénitale n'a été déclaré au cours des dix dernières années (1993-2002).

Pour ce qui est finalement des maladies infectieuses qui ne peuvent qu'être contractées à l'étranger (paludisme, dengue, etc.), il n'y a eu qu'une seule déclaration, soit un cas de paludisme en 2002. Pour les autres infections comme la typhoïde et les maladies entériques, nous savons que plusieurs des cas déclarés ont en fait été contractés chez nous et non à l'étranger. Mais le fichier des MADO, tel que conçu actuellement, ne nous permet pas de connaître le lieu de la transmission de sorte qu'on ne peut estimer avec justesse l'ampleur de ces infections spécifiquement acquises à l'étranger.

### B. Le VIH/sida, l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement

L'incidence du sida ainsi que la mortalité associée à cette cause ont connu une baisse au Québec dans les dernières années. Ces diminutions seraient attribuables au recours à des traitements efficaces (MSSS, 2003). Chez les adultes de 25 ans et plus de notre région, le faible nombre de cas déclarés, 8 en dix ans, rend difficile toute interprétation à cet égard. Néanmoins, il reste que 7 cas ont été déclarés dans les six premières années de cette décennie, alors que seulement un l'a été dans les quatre dernières années (depuis 1999).

Par ailleurs, si l'incidence du sida est à la baisse au Québec, le nombre de personnes vivant avec le VIH serait en hausse constante (MSSS, 2003). Le MSSS estime à 16 000 le nombre total de personnes infectées par le VIH au Québec. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, les seules données sur le VIH concernent les consultations faites aux services de dépistage anonyme. Les informations compilées pour les trois dernières années, soit entre avril 2000 et mars 2003, montrent que sur les quelque 700 tests faits dans ces services, 611 ont été réalisés pour des personnes de 20 ans et plus, dont 40 % environ sont âgées entre 20 et 29 ans. Sur les 700 tests de dépistage du VIH effectués au cours de ces trois années, 4 se sont avérés positifs.

Pour ce qui concerne l'hépatite C, laquelle se contracte principalement par le sang, elle est la forme la plus fréquente d'hépatite. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 71 cas de cette affection ont été déclarés dans les dix dernières années chez les adultes de 25 ans et plus, dont 20 cas en 1998 et 1999 et 46 en 2000, 2001 et 2002. Ainsi, durant la période triennale 2000-2002, le taux annuel de déclaration de l'hépatite C est de 21,4 pour 100 000 personnes dans notre région.

La cirrhose du foie est une conséquence possible de l'hépatite C. À ce sujet, le *PNSP* s'est donné pour objectif de réduire la proportion de personnes infectées par l'hépatite C qui

développent une cirrhose du foie. Or, en ce qui nous concerne, nous avons choisi de ne pas retenir cet objectif car les actions qui doivent être menées pour atteindre ce dernier ne relèvent pas de la santé publique, mais plutôt des soins et traitements aux personnes atteintes.

Au Québec, les infections transmissibles sexuellement les plus fréquemment déclarées au fichier des MADO entre 1997 et 2001 sont de loin les infections à *Chlamydia trachomatis*, suivies des gonorrhées, des hépatites B (maladies également évitables par la vaccination) et des syphilis (MSSS, 2003). Cette réalité est aussi celle de notre région. En effet, au cours de la décennie 1993-2002, dans l'ensemble de la population, 795 cas de chlamydia ont été déclarés, 6 seulement de gonorrhées, 2 d'hépatites B et aucun de syphilis. Rappelons toutefois que l'hépatite B étant une infection évitable par l'immunisation, nous avons fait le choix de l'aborder à la section précédente.

Ceci dit, dans le groupe qui nous intéresse ici, à savoir les adultes de 25 ans et plus, les infections à *Chlamydia trachomatis* ont été la cause de 251 déclarations en dix ans en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Comme nous l'avons observé pour les jeunes de notre région, le nombre de cas durant cette période a aussi connu des variations notables chez les adultes. De 1993 à 1999, le nombre de cas a constamment diminué en passant de 66 à 7, pour remonter ensuite à 16 en 2000, et s'établir à 18 en 2002. Ainsi, au cours des trois années les plus récentes (2000-2002), le taux annuel moyen d'infection à chlamydia chez les adultes de 25 ans et plus de la Gaspésie et des Îles est de 25,6 pour 100 000. L'objectif du MSSS visant à ramener à moins de 50 pour 100 000 le taux ciblé d'infection à chlamydia serait donc atteint dans notre région. Mentionnons à titre indicatif que le taux d'incidence de ces infections au Québec en 2001 s'élevait à plus de 133 pour 100 000 personnes (MSSS, 2003).

Pour ce qui est des infections à *Neisseria gonorrhoeae*, elles ont fait l'objet de 4 déclarations chez les Gaspésiens et Madelinots de 25 ans et plus depuis 1996 (année depuis laquelle les données sont disponibles). D'une année à l'autre, on a enregistré de 0 à 1 cas annuellement de sorte qu'ici encore, l'objectif du *PNSP* qui est de réduire ces infections sous le seuil d'élimination, est atteint.

Ceci dit, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* peuvent avoir des conséquences néfastes sur les personnes atteintes, notamment chez les femmes. En effet, la chlamydia est la principale cause d'infertilité féminine (Guaschino et De Seta, 2000, tiré du MSSS, 2003) et peut aussi entraîner des problèmes graves du système reproducteur des femmes et ultimement porter atteinte à la santé des nouveau-nés (Holmes et autres, 1999, tiré du MSSS, 2003). C'est pourquoi, le Ministère vise dans son *PNSP* à réduire la fréquence des complications de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique. Actuellement, nous ne disposons d'aucune donnée nous permettant de documenter la situation régionale à l'égard des complications liées à ces infections.

La syphilis récente, quatrième infection transmissible sexuellement en importance au Québec, n'a fait aucun cas depuis 1993 dans notre région. Par ailleurs, un des objectifs du MSSS (2003) est de réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale. Or, on ne fait pas d'activités en ce sens en santé publique, car le dépistage de la syphilis se fait systématiquement depuis longtemps dans le suivi de chaque grossesse. Nous ne retenons donc pas cet objectif dans le présent Plan d'action régional. Mentionnons toutefois, à titre indicatif, qu'aucun cas de syphilis congénitale n'a été déclaré en Gaspésie et aux Îles depuis 1993.

Outre les infections que nous venons de voir, d'autres infections bactériennes ou virales transmissibles sexuellement sont à déclaration obligatoire : la lymphogranulomatose vénérienne, le chancre mou, le granulome inguinal et l'herpès néonatal. Ces infections sont très rares au Québec. À preuve, entre 1997 et 2001, le fichier provincial des MADO ne contient qu'une seule déclaration de lymphogranulatome et 8 d'herpès néonatal, dont un cas provient de la Gaspésie et des Îles (MSSS, 2003).

Quant à l'objectif plus particulier de réduire l'incidence annuelle des infections virales transmises sexuellement, ce dernier n'a pas été retenu spécifiquement puisque nous ne disposons d'aucune donnée permettant de statuer sur l'état de situation régionale à cet égard. Cependant, nous pouvons affirmer d'ores et déjà que les activités relatives à la promotion des comportements sexuels préventifs, de même que la mise sur pied de services intégrés de dépistage des ITS sont de nature à influencer à la baisse l'incidence des infections virales transmises sexuellement.

### C. Les autres maladies infectieuses

Certaines maladies infectieuses se transmettent par l'air, l'eau, les aliments ou même par les animaux. C'est le cas des infections nosocomiales, des maladies entériques et des zoonoses.

Au sujet d'abord des infections nosocomiales, c'est-à-dire des infections survenant dans les milieux de soins, on estime aux États-Unis à environ 6 % la proportion des admissions à l'hôpital qui résulteront en une infection de ce type, comme l'influenza (Haley et autres, 1985, tiré du MSSS, 2003). Certaines infections nosocomiales sont, quant à elles, transmises par des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, dont le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et les entérocoques résistant à vancomycine (ERV). Or, selon le MSSS (2003) :

> *« La prévalence des SARM dans les laboratoires de microbiologie, qui était à moins de 1 % en 1995, est passée à 30 % en 2001, alors que la prévalence et l'incidence des ERV sont considérées comme faibles pour le moment. »* (MSSS, 2003, p. 53)

À l'instar du *PNSP*, la problématique plus particulière de la résistance aux antibiotiques ne fait pas l'objet d'activités spécifiques planifiées pour la période d'application du présent plan. L'objectif étant avancé pour 2012, il devra être soumis de nouveau à l'examen lors de la prochaine mise à jour du Plan d'action régional.

Dans notre région, nous ne disposons cependant d'aucune information sur l'ampleur des infections nosocomiales. Malgré cela, il nous faut tout de même rester vigilants par rapport à ces infections afin de prévenir leur apparition et leur transmission dans les établissements de soins de la Gaspésie et des Îles.

Comme nous le disions plus tôt, des infections peuvent aussi être contractées par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 34 cas d'infections à *E. coli 0157*, 227 d'infections à *Salmonella enteridis* et 297 d'infections à *Campylobacter* ont été déclarés au fichier des MADO. Parmi ces cas déclarés de maladies entériques, 41 % sont survenus chez les 24 ans et moins et 59 % chez les 25 ans et plus. De façon générale, l'incidence annuelle de ces infections est demeurée stable depuis 1993 dans notre région, soit autour de 53 cas par 100 000 à chaque année.

Au cours des dix dernières années, 43 cas de tuberculose ont été déclarés en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, le nombre annuel de cas variant entre 0 pour l'année 2000 et 10 cas en 1999. Ainsi, le taux d'incidence annuel moyen de 1993 à 2002 se situe à 4,1 cas par 100 000 personnes. Au Québec, de 1996 à 1999, on estime à 4,4 pour 100 000 l'incidence annuelle moyenne de la tuberculose (MSSS, 2003).

Entre 1991 et 2000, 388 cas de zoonoses ont été déclarés au Québec (Louchini et autres, 2001). Bien que la prévalence des zoonoses soit très faible, l'apparition du virus du Nil occidental sur le territoire est cependant devenue un problème préoccupant pour les autorités de santé publique,

suite à quoi des mesures de surveillance et de prévention ont été mises de l'avant de manière à protéger la population contre ce virus. En 2002, 19 personnes au Québec ont été infectées par le VNO (*Flash VNO*, MSSS, juin 2003). Dans la région, aucun cas d'infection au virus du Nil occidental n'a, à ce jour, été diagnostiqué. D'autres cas de zoonoses ont cependant été déclarés au registre des MADO en Gaspésie et aux Îles depuis les dix dernières années, soit 14 cas de tularémie et 11 de fièvre Q. Notons que pour ce qui est de la tularémie, l'incidence de cette infection dans l'Est du Québec est reconnue comme étant parmi les plus élevées en Amérique du Nord. Les cas identifiés dans notre région surviennent surtout suite au dépeçage du lièvre. À des fins de comparaison, 79 cas de tularémie ont été rapportés au Québec durant la décennie 1990-1999 (MSSS, 2001) alors que 14 cas ont été déclarés chez nous au cours des dix dernières années.

Finalement, l'objectif du *PNSP* qui vise à réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins n'est pas retenu dans notre Plan d'action régional. En effet, les activités à faire en ce sens relèvent beaucoup moins des responsabilités régionales de santé publique que des activités centrales de surveillance de la qualité des produits sanguins.

## Les objectifs poursuivis au regard des maladies infectieuses affectant les adultes

**A. Les maladies évitables par l'immunisation**

- Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
- Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0;
- Maintenir sous le seuil de 2,5/100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
- Maintenir à 1/100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
- Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination;
- Réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus;
- Maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza;
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

**B. Le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement**

- Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH;
- Réduire, pour le Québec, à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année;
- Réduire le taux annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis*;
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement;
- Réduire l'incidence de l'hépatite C;
- Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;
- Réduire la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique.

**C. Les autres maladies infectieuses**

- Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins;
- Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli 0157* et des infections à *Salmonella enteritidis* et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*;
- Maintenir un taux d'incidence annuel maximal de tuberculose active de 4 pour 100 000 personnes;
- Maintenir, pour le Québec, à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage.

## Les programmes et activités requis

### A. Les maladies évitables par l'immunisation

- ❑ ***Programme de vaccination***
- ❑ ***Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées***
- ❑ ***Promotion des comportements préventifs***
- ❑ ***Vigie sanitaire concernant les maladies évitables par la vaccination***
- ❑ ***Assurance de la qualité des produits immunisants***
- ❑ ***Soutien aux pratiques cliniques préventives***

❑ ***Programme de vaccination***

**Premiers responsables de la mise en place de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Centres hospitaliers, CHSLD, médecins.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Vaccination contre l'hépatite B des personnes (90 %) appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* :
  - formation des vaccinatrices,
  - soutien promotionnel,
  - identification des contacts étroits des cas d'hépatite B déclarés;

- Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes (80 %) appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* :
  - formation des vaccinatrices,
  - soutien promotionnel,
  - information aux médecins sur les indications médicales de vaccination;

- Vaccination contre l'influenza des personnes (80 %) appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* :
  - formation des vaccinatrices,
  - soutien promotionnel,
  - gestion du programme de soutien financier;

- Vaccination avant l'exposition à la rage humaine offerte aux personnes (90 %) visées par le protocole d'intervention provincial sur la rage humaine :
  - formation des vaccinatrices,
  - soutien aux cliniques de santé des voyageurs;

- Vaccination contre l'hépatite A des groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* :
  - formation des vaccinatrices,
  - identification des groupes à risque,
  - référence aux CLSC ou aux CH des contacts étroits;

- Soutien à l'application du protocole de prévention des maladies infectieuses auprès des stagiaires et travailleurs de la santé :
  - formation des vaccinatrices,
  - soutien de l'intervention auprès des directions d'établissement.

---

❑ ***Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** À préciser ultérieurement.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Participation à l'élaboration, pour le Québec et les régions, d'un plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza et application régionale de celui-ci, au besoin;

- Prise en charge des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse :
  - identification des contacts étroits, prise de décision sur la nécessité de procéder aux tests à la tuberculine (PPD), suivi de la prise en charge des contacts infectés;

- Diffusion aux populations ciblées des recommandations établies à partir de l'investigation des éclosions de zoonoses autres que la rage humaine et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies :
  - adaptation régionale et diffusion de l'information;

- Application des recommandations provinciales relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental, lesquelles recommandations sont adaptées aux modes de transmission de cette maladie :
  - coordination de la surveillance des cas humains, enquêtes suite aux déclarations, diffusion de l'information dans le réseau de la santé.

---

❑ ***Promotion des comportements préventifs***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, médecins, MSSS.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination :
  - à établir en fonction du plan du MSSS;

- Promotion de la vaccination contre les maladies contractées à l'étranger (par exemple : typhoïde, hépatite A et hépatite B) auprès des voyageurs se rendant dans un pays en développement :
  - formation des intervenantes,
  - soutien aux CLSC dans la promotion de leurs services de santé des voyageurs,
  - assumer le rôle de médecin désigné pour la vaccination contre la fièvre jaune,

- expertise de deuxième ligne en santé des voyageurs auprès des médecins et des CLSC;

- Promotion des comportements préventifs par la chimioprophylaxie et la transmission de conseils aux voyageurs :
  - expertise de deuxième ligne en santé des voyageurs auprès des médecins et des CLSC,
  - formation des intervenantes;

- Transmission, aux médecins de première ligne, de l'information concernant l'exposition au virus de la rage et promotion auprès d'eux des mesures préventives :
  - adaptation régionale et diffusion des lignes directrices,
  - expertise de deuxième ligne auprès des cliniciens.

---

❑ ***Vigie sanitaire concernant les maladies évitables par la vaccination***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** MSSS, CLSC.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Mise en place d'un système d'information vaccinale afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique :
  - à établir en fonction du système élaboré par le MSSS.

---

❑ ***Assurance de la qualité des produits immunisants***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, centres hospitaliers.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Gestion des produits immunisants, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits :
  - gestion du dépôt régional des produits immunisants,
  - informatisation : rôle à établir en fonction du système proposé par le MSSS.

---

❑ ***Soutien aux pratiques cliniques préventives***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, centres hospitaliers, médecins.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes :
  - promotion des lignes directrices préventives auprès des médecins,
  - formation des vaccinatrices;

- Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le streptocoque du groupe B chez les femmes enceintes :
  - examen de la problématique et prise de position sur l'intervention à mener auprès des cliniciens.

## B. VIH/sida et infections transmissibles sexuellement

- ***Programmes de prévention des ITS et du VIH auprès des groupes vulnérables***
- ***Promotion de comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH, VHC et des ITS***
- ***Soutien des pratiques cliniques préventives***

### ***Programmes de prévention des ITS et du VIH auprès des groupes vulnérables***

**Premier responsable de la mise en place de ces programmes** : DSP.

**Principaux collaborateurs** : Cégep, éducation des adultes, services d'aide à l'emploi, Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), Centre de détention de New Carlisle, CLSC, CH, pharmacies faisant partie du réseau régional des centres d'accès aux seringues, organismes faisant partie du réseau régional des centres d'accès aux seringues, centres de conditionnement physique et de musculation, Info-santé, écoles, centres de la petite enfance (CPE), les parcs québécois et canadiens, municipalités.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Organisation de formations à l'intention des intervenants qui travaillent auprès des groupes d'adultes vulnérables afin de maintenir ou mettre à jour leurs connaissances et leurs aptitudes;

- Soutien à la mise en œuvre d'activités sexo-éducatives et de prévention des ITS-VIH adaptées à la réalité des adultes appartenant aux groupes vulnérables;

- Maintien ou mise à jour des connaissances et des aptitudes des intervenants relativement à la stratégie de réduction des méfaits en milieu correctionnel par le biais de la formation *Stratégie de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues en milieu correctionnel*;

- Soutien à l'organisation de séances d'information sur la transmission du VIH et des hépatites virales aux détenus;

- Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux et de santé pour les adultes d'orientations homosexuelle et bisexuelle, par :
  - l'organisation de la formation *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect de la diversité sexuelle*,
  - la mise à la disposition des services de soutien d'une sexologue-éducatrice,
  - la réalisation du volet régional des campagnes d'information et de sensibilisation destinées au grand public;

- Maintien de l'accès aux trousses de matériel d'injection et aux condoms sur demande aux utilisateurs de drogues injectables (UDI) et aux utilisateurs de stéroïdes anabolisants, par :
  - l'approvisionnement en matériel aux centres d'accès aux seringues du secteur public,
  - l'incitation des pharmacies à vendre des seringues sans ordonnance,
  - la réalisation du volet régional de la campagne d'information et de sensibilisation sur les stéroïdes anabolisants;

- Réalisation d'une campagne régionale annuelle d'information sur les mesures de sécurité à prendre au regard des seringues usagées trouvées dans des endroits publics;

- Maintien du service de récupération des seringues usagées;

- Adaptation des services de dépistage existants et accessibilité aux traitements et aux populations les plus vulnérables à ces maladies;

- Réorientation des services et des ressources affectés au dépistage anonyme du VIH vers l'intégration du dépistage des ITS, du VIH et des hépatites virales, de la notification des partenaires et du traitement :
  - état de situation de l'organisation actuelle des services,
  - développement d'un modèle régional d'organisation de services intégrés en ITS, VIH et hépatites virales, de notification des partenaires et de traitement,
  - implantation de ces services;

- Incitation à la prise en charge des personnes en postexposition aux liquides biologiques :
  - diffusion des lignes directrices du MSSS aux cliniciens du territoire,
  - soutien aux intervenants (système de garde de la DSP),
  - révision des outils d'application des lignes directrices qui sont déjà en utilisation et fournir des recommandations sur leur usage et les procédures assurant leurs mises à jour.

---

❑ ***Promotion de comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH, VHC et des ITS***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Diffusion de matériel d'information et association aux campagnes d'information et de sensibilisation nationales.

❑ ***Soutien aux pratiques cliniques préventives***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** Cliniciens.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Incitation à l'offre systématique du dépistage du VIH durant la grossesse :
  - réponse aux demandes d'information des cliniciens concernant l'application du programme du MSSS.

## C. Autres maladies infectieuses

❑ ***Promotion des comportements préventifs***
❑ ***Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées***
❑ ***Soutien aux pratiques cliniques préventives***

❑ ***Promotion des comportements préventifs***

**Premier responsable de la mise en place de ces programmes :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, médecins.

**Principales actions à réaliser par la DSP en 2004-2007 :**

- Promotion des comportements préventifs par la chimioprophylaxie et la transmission de conseils aux voyageurs :
  - expertise de deuxième ligne en santé des voyageurs auprès des médecins et des CLSC,
  - formation des intervenantes;

- Transmission, aux médecins de première ligne, de l'information concernant l'exposition au virus de la rage et promotion auprès d'eux des mesures préventives :
  - adaptation régionale et diffusion des lignes directrices,
  - expertise de deuxième ligne auprès des cliniciens.

❑ ***Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées***

**Premier responsable de la mise en place de ces programmes :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** CLSC, CH, CHSLD, médecins.

**Principales actions de la DSP à réaliser en 2004-2007 :**

- Connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffusion des recommandations et des guides de prévention de ces infections et définition des moyens pour faciliter l'application des recommandations :
  - adaptation régionale des recommandations concernant les mesures de surveillance et de contrôle des infections nosocomiales, leur diffusion et le soutien des comités de prévention des infections;

- Prise en charge des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse :
  - identification des contacts étroits, prise de décision sur la nécessité de procéder aux tests à la tuberculine (PPD), suivi de la prise en charge des contacts infectés;

- Diffusion aux populations ciblées des recommandations établies à partir de l'investigation des éclosions de zoonoses autres que la rage humaine et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies :
  - adaptation régionale et diffusion de l'information;

- Application des recommandations provinciales relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental, lesquelles recommandations sont adaptées aux modes de transmission de cette maladie :
  - coordination de la surveillance des cas humains, enquêtes suite aux déclarations, diffusion de l'information dans le réseau de la santé.

---

❑ ***Soutien aux pratiques cliniques préventives***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme :** DSP.

**Principaux collaborateurs :** À déterminer en fonction de la position adoptée.

**Principale action de la DSP à réaliser en 2004-2007 :**

- Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le streptocoque du groupe B chez les femmes enceintes :
  - examen de la problématique et prise de position sur l'intervention à mener auprès des cliniciens.

---

**D. Toutes les maladies infectieuses**

---

❑ ***Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées***

---

❑ ***Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées***

**Premier responsable de la mise en place de ce programme** : DSP.

**Principaux collaborateurs** : CLSC.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, telle que prévue au chapitre XI de la Loi sur la santé publique :
  - maintien d'un service de garde 24/7,
  - maintien d'un registre de protocoles et d'outils pour les enquêtes épidémiologiques,
  - validation des déclarations et signalements,
  - prise de décision sur la nécessité de mener les enquêtes,
  - réalisation de certaines enquêtes par la DSP,
  - transfert de certaines enquêtes aux partenaires impliqués,
  - coordination des enquêtes menées par les partenaires,
  - transfert de l'information dans les bases de données provinciales.

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

### DOMAINE 5 : LES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES ADULTES

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **A. Les maladies évitables par l'immunisation**<br><br>• Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;<br>• Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0;<br>• Maintenir sous le seuil de 2,5/100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;<br>• Maintenir à 1/100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;<br>• Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination;<br>• Réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus;<br>• Maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza;<br>• Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger. | • Programme de vaccination;<br>• Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées;<br>• Promotion des comportements préventifs;<br>• Vigie sanitaire concernant les maladies évitables par la vaccination;<br>• Assurance de la qualité des produits immunisants;<br>• Soutien aux pratiques cliniques préventives. | **Protection de la santé publique et prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **B. VIH/sida et infections transmissibles sexuellement**<br><br>• Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH;<br>• Réduire, pour le Québec, à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année;<br>• Réduire le taux annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis*;<br>• Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);<br>• Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement;<br>• Réduire l'incidence de l'hépatite C;<br>• Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;<br>• Réduire la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique. | • Programmes de prévention des ITS et du VIH auprès des groupes vulnérables;<br>• Promotion de comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH, VHC et des ITS;<br>• Soutien des pratiques cliniques préventives. | **Protection de la santé publique et prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **C. Les autres maladies infectieuses**<br><br>• Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins;<br>• Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli 0157* et des infections à *Salmonella enteritidis*, et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*;<br>• Maintenir un taux d'incidence annuel maximal de tuberculose active de 4 pour 100 000 personnes;<br>• Maintenir, pour le Québec, à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage. | • Promotion des comportements préventifs;<br>• Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées;<br>• Soutien aux pratiques cliniques préventives. | **Protection de la santé publique et prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |
| **D. Toutes les maladies infectieuses** | • Protection de la santé de la population lors de menaces réelles ou appréhendées. | **Protection de la santé publique** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;<br>• Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. |

DOMAINE 6

**LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE**

## État de situation régionale

Le domaine de la santé environnementale regroupe l'ensemble des actions visant à agir sur les grands déterminants environnementaux ayant une incidence sur la santé et le bien-être des populations. On pense par exemple aux problèmes de santé attribuables à l'ingestion d'eau contaminée ou encore aux cancers de la peau associés à l'exposition aux rayons ultraviolets.

Il faut toutefois préciser ici que dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003), quelques-unes des orientations propres au domaine de la santé environnementale sont grandement influencées par la réalité des centres urbains, plus particulièrement par la réalité de Montréal, et sont donc moins pertinentes pour une région comme la nôtre. C'est le cas notamment des deux premiers objectifs du *PNSP*, lesquels concernent respectivement les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique et les rhinites allergiques dues au pollen de l'herbe à poux. En conséquence, nous n'avons pas jugé utile pour l'instant de documenter les indicateurs associés à ces deux objectifs. Également, l'objectif de réduction de la morbidité et de la mortalité dues à l'asthme n'a, quant à lui, pas été retenu dans notre Plan d'action régional, de sorte que nous ne documentons pas non plus cet indicateur dans ce qui suit. Rappelons cependant que l'asthme se retrouve à l'intérieur du domaine des maladies chroniques et des habitudes de vie du présent document.

Ceci dit, nous couvrons donc à l'intérieur de ce domaine d'intervention, les éléments suivants de la santé environnementale :

- Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur;
- Les autres maladies environnementales, soit le cancer du poumon, les cancers de la peau et les maladies d'origine hydrique;
- Les intoxications d'origine environnementale.

### A. Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur

Un des objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* vise à réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics (MSSS, 2003). Dans son programme, le ministère de la Santé et des Services sociaux justifie de la façon suivante le fait d'avoir retenu cet objectif :

> *« La mauvaise qualité de l'air ainsi que les problèmes d'hygiène et de salubrité dans certains bâtiments sont à l'origine d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de problèmes de santé tels que l'asthme, les manifestations allergiques et irritatives, les intoxications aiguës et chroniques ou les cancers chez les personnes qui y vivent ou y travaillent, soit à cause de l'ampleur de l'exposition à des contaminants de l'air, soit parce qu'elles appartiennent à des populations vulnérables comme les individus souffrant d'atteintes respiratoires, les nourrissons, les jeunes enfants et les personnes ayant 65 ans ou plus. »* (MSSS, 2003, p. 60)

Bien que louable et pertinent d'un point de vue de santé publique, cet objectif très vague par ailleurs, demeure difficile à documenter avec les données dont on dispose pour notre région. D'ailleurs, l'ampleur des problèmes de santé attribuables à la mauvaise qualité de l'air et à l'insalubrité des bâtiments au Québec, n'est pas décrite dans le *Programme national de santé publique 2003-2012.*

## B. Les autres maladies d'origine environnementale

### LE CANCER DU POUMON

Mentionnons dans un premier temps qu'on estime à 2 % la proportion des décès par cancer du poumon attribuables à des expositions environnementales (MSSS, 2003). Pour ce qui est par ailleurs des cancers de la peau, que nous voyons tout de suite après, la cause est dans 90 % des cas une exposition prolongée aux rayons ultraviolets (MSSS, 2003). Il faut cependant préciser que les données dont on dispose actuellement sur ces deux types de cancers ne nous permettent justement pas de déterminer la part des cancers effectivement attribuable à une exposition de nature environnementale (ex. : l'amiante dans le cas du cancer du poumon). En d'autres mots, les indicateurs disponibles manquent de fiabilité pour mesurer de façon juste et sensible l'ampleur des cancers dus à une exposition environnementale. Éventuellement, ceux-ci ne seront donc pas d'une grande utilité pour mesurer l'atteinte des deux objectifs en lien avec ces problèmes de santé. Nous avons tout de même fait le choix, ne serait-ce qu'à titre informatif, de présenter ici les données sur le cancer du poumon et les cancers de la peau.

C'est ainsi qu'au cours des trois années 1997 à 1999, 105 nouveaux cas de cancer du poumon sont diagnostiqués en moyenne chaque année dans l'ensemble de la population gaspésienne et madelinienne, pour un taux d'incidence annuel de 100,2 par 100 000. Pour cette période, la région présente une incidence plus élevée de cancer du poumon que le Québec, celui-ci affichant un taux de 77,4 pour 100 000 personnes. Cette différence en défaveur de la Gaspésie et des Îles est uniquement attribuable à une incidence nettement plus élevée chez les hommes de la région. D'ailleurs, encore aujourd'hui, le cancer du poumon est un problème de santé qui affecte davantage les hommes que les femmes, et ce, peu importe les données utilisées. Par ailleurs, entre avril 1999 et mars 2002, plus de 180 hospitalisations reliées directement au cancer du poumon ont eu lieu chaque année dans l'ensemble de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Au chapitre maintenant de la mortalité, c'est plus de 92 personnes en Gaspésie et aux Îles qui décèdent chaque année de ce type de cancer (période 1997 à 1999), les trois quarts étant des hommes. Ce nombre correspond à un taux annuel de décès de 88,4 pour 100 000, lequel est supérieur à celui enregistré par le Québec (67,2 pour 100 000). Cette différence est ici encore le fait des hommes.

### LES CANCERS DE LA PEAU

De tous les cancers de la peau, le mélanome malin est de loin le plus mortel. Dans notre région, 23 nouveaux cas de ce type de cancer de la peau ont été détectés au cours des trois années 1997-1999, pour un taux d'incidence annuel de 7,3 pour 100 000. Au cours de cette même période, 7 résidants de la Gaspésie et des Îles sont morts de ce type de cancer. L'incidence du mélanome malin ainsi que la mortalité associée à ce cancer sont semblables dans notre région et au Québec.

Pour ce qui est par ailleurs des autres formes de cancer de la peau (autres que le mélanome malin), 84 nouveaux cas ont été diagnostiqués chez les résidants de la Gaspésie et des Îles au cours de la période triennale 1997-1999 et cinq personnes de la région en sont décédées durant

ces années. Ces nombres correspondent à des taux respectifs de 26,7 pour 100 000 et de 1,6 pour 100 000, taux semblables à ceux observés au Québec durant la même période.

LES MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE

Les maladies d'origine hydrique sont des problèmes de santé causés par l'ingestion d'eau contaminée ou même par le contact avec une eau contaminée (MSSS, 2003). Il peut s'agir de diarrhées épidémiques, de gastro-entérites ou de dermatites. Depuis 1996, une seule éclosion de diarrhée épidémique touchant 58 personnes a été enregistrée et confirmée chez des résidants de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Il faut cependant préciser que ces personnes avaient alors été exposées à une source de contamination à l'extérieur de la région. Par ailleurs, la diarrhée épidémique, qui fait partie du système des maladies à déclaration obligatoire (MADO), est en général un problème de santé très peu déclaré du fait notamment que les gens qui en sont atteints consultent peu. Ainsi, les données du fichier des MADO sont très peu sensibles pour bien documenter ce problème, c'est pourquoi nous ne les présentons pas ici.

### C. Les intoxications d'origine environnementale

Finalement, l'exposition à des contaminants comme le monoxyde de carbone, les pesticides, les hydrocarbures, et à des métaux lourds comme le plomb et le mercure notamment, peuvent entraîner des intoxications d'origine environnementale. Dans notre région, outre le monoxyde de carbone qui a été la cause de 2 cas d'intoxication de 1993 à 2002, aucun cas d'intoxication aux autres contaminants n'a été déclaré en dehors du milieu de travail durant cette décennie.

## Les objectifs poursuivis au regard de la santé environnementale

**A. Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur**

- Réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique;
- Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux;
- Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics.

**B. Les autres maladies d'origine environnementale**

- Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP);
- Diminuer l'incidence des cancers de la peau;
- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique.

**C. Les intoxications d'origine environnementale**

- Réduire les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé.

**D. L'ensemble des maladies d'origine environnementale**

- Réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

## Les programmes et les activités requis

Dans cette section, nous n'avons pas spécifié quel organisme est le premier responsable. Le domaine de la santé environnementale est particulier à cet égard. Plusieurs ministères et organismes se partagent des responsabilités tant au point de vue des lois et règlements, qu'au point de vue de l'intervention. Pour une même problématique, le premier responsable pourra varier selon la situation, ce qui rend l'identification d'un premier responsable très complexe.

---

- ❑ ***Prévention des maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur***
- ❑ ***Prévention des autres maladies d'origine environnementale***
- ❑ ***Prévention des intoxications environnementales***
- ❑ ***Prévention de l'ensemble des maladies d'origine environnementale***

---

### A. Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur

❑ ***Prévention des maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur***

**Principaux collaborateurs :** Ministère de l'Environnement du Québec (MENV), entreprises, CLSC, centres hospitaliers, CHSLD, municipalités, MRC, Environnement Canada, écoles, centres de la petite enfance (CPE).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Promotion auprès de la direction régionale du MENV ou des entreprises, d'un bilan des émissions atmosphériques visant à identifier et caractériser certaines sources fixes et mobiles;
- Production et diffusion dans le réseau de la santé d'un communiqué de santé publique lorsque les conditions atmosphériques peuvent présenter un risque à la santé;
- Documentation des problèmes et, si jugé opportun, organisation des interventions appropriées lors de signalements de problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, centres de la petite enfance, établissements du réseau de la santé;
- Collaboration à la diffusion auprès des partenaires (inspecteurs municipaux, MRC, CLSC) du territoire du *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise*;
- Formation et expertise auprès des intervenants de première ligne, suite à une demande reliée à la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments;

- Diffusion, si jugé pertinent, d'outils de sensibilisation et de fiches d'aide à la décision concernant l'herbe à poux.[16]

## B. Les autres maladies d'origine environnementale

### ❑ *Prévention des autres maladies d'origine environnementale*

**Principaux collaborateurs :** CLSC, CHSLD, centres hospitaliers, centres de la petite enfance (CPE), ministère de l'Environnement du Québec (MENV), Emploi Québec, municipalités, MRC, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Expertise conseil auprès des gestionnaires d'établissements de santé pour les risques à la santé liés à l'amiante;
- Diffusion auprès des parents (notamment par les intervenants de première ligne en santé, les intervenants des programmes de périnatalité, les CPE) d'information sur les moyens de protéger les enfants contre les rayons ultraviolets;
- Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des interventions appropriées lors des signalements d'éclosions ou d'intoxications reliées à l'eau;
- Organisation des interventions appropriées dans les cas de dépassement des normes relatives aux *E.coli* et aux coliformes fécaux dans les réseaux de distribution d'eau;
- Formation et expertise conseil en vue d'une meilleure déclaration des cas de maladie d'origine environnementale auprès des différents intervenants comme Info-santé, les médecins du territoire, les établissements de santé (cliniques, hôpitaux), les CPE, les CHSLD, les écoles, etc.;
- Sensibilisation des laboratoires et des exploitants à déclarer les résultats hors normes;
- Participation à la formation des opérateurs de réseau d'eau potable.

## C. Les intoxications d'origine environnementale

### ❑ *Prévention des intoxications environnementales*

**Principaux collaborateurs :** CLSC, médecins, MSSS.

[16] La Gaspésie est depuis longtemps considérée comme une région exempte d'herbe à poux. Cependant, cette plante pourrait être en « émergence » à cause des conditions climatiques qui changent et de l'utilisation de sol en provenance de l'extérieur de la région lors de certains travaux d'aménagement paysager et urbain.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Organisation d'interventions appropriées lors de signalement à la DSP d'intoxications à déclaration obligatoire, telle que prévue aux chapitres VIII et XI de la Loi sur la santé publique;
- Formation visant à favoriser une meilleure déclaration des intoxications à déclaration obligatoire en vertu du règlement d'application de la Loi sur la santé publique;
- Diffusion aux intervenants du réseau de la santé ainsi qu'à toute clientèle cible, des outils d'information sur le CO;
- Transmission des données régionales dénominalisées concernant les intoxications au CO pour monter une base de données centrale.

---

## D. L'ensemble des maladies d'origine environnementale

### ❑ *Prévention de l'ensemble des maladies d'origine environnementale*

**Principaux collaborateurs :** Médecin de garde en santé publique, coordonnateur des mesures d'urgence de l'Agence de santé et de services sociaux, Sécurité civile, municipalités, industries, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), MRC, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), ministère de l'Environnement du Québec (MENV), ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir (MAMSL).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Maintien d'un système régional de réponse aux urgences environnementales, disponible en tout temps;
- Participation à la gestion des situations d'urgence et des catastrophes ayant une composante environnementale et présentant un risque à la santé;
- Mise à jour périodique du volet environnemental du plan d'urgence de la DSP, en lien avec celui de l'Agence de santé et de services sociaux, celui du MSSS et celui de l'INSPQ;
- Collaboration aux démarches régionales relatives à la planification des mesures d'urgence, à l'élaboration des schémas et des plans de sécurité civile conformément à la Loi sur la sécurité civile (ex. : CMMI);
- Participation aux activités d'examen et d'évaluation des impacts et à la mise en œuvre de la politique relative aux terrains contaminés;
- Production, lorsque requis, d'avis de santé publique;
- Production de commentaires sur les schémas d'aménagement des MRC (en processus de révision et de consultation);

- Information de la population et des partenaires sur les risques à la santé (article 373 de la Loi) par la :
  - réponse aux demandes d'information en matière de santé environnementale,
  - diffusion des mises en garde et des avis de santé publique émis par le MSSS ou Santé Canada,
  - participation aux activités en lien avec le *Programme Saint-Laurent Vision 2000* (programme conjoint MSSS-Santé Canada) pour la région 11;

- Participation au programme provincial de surveillance du virus du Nil occidental;

- Participation à des comités consultatifs à la demande du milieu (ex. : comité consultatif environnemental de Murdochville).

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

### DOMAINE 6 : LA SANTE ENVIRONNEMENTALE

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **A. Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur**<br>• Réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique;<br>• Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux;<br>• Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics. | • Prévention des maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| **B. Les autres maladies d'origine environnementale**<br>• Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP);<br>• Diminuer l'incidence des cancers de la peau;<br>• Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique. | • Prévention des autres maladies d'origine environnementale. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| **C. Les intoxications d'origine environnementale**<br>• Réduire les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé. | • Prévention des intoxications environnementales. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| **D. L'ensemble des maladies d'origine environnementale**<br>• Réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales. | • Prévention de l'ensemble des maladies d'origine environnementale. | **Protection de la santé publique** | • Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |

DOMAINE 7

**LA SANTÉ AU TRAVAIL**

## État de situation régionale

Finalement, le septième domaine d'intervention abordé dans ce document a trait aux problèmes de santé et de bien-être directement reliés au milieu du travail. Les problèmes dont il est ici question sont des problèmes attribuables à une exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques sur les lieux du travail ou causés par l'organisation même du travail.

### A. Les lésions musculosquelettiques

Selon les données de la CSST, les troubles musculosquelettiques représentent 38 % de toutes les lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000. Dans notre région, *l'Enquête sociale et de santé 1998* (Lemieux et Parent, 2002) montre que 14,9 % des travailleurs rémunérés âgés de 15 ans et plus souffrent d'arthrite ou de rhumatisme, d'un sérieux mal de dos ou de la colonne, ou de tout autre trouble sérieux du système musculosquelettique. Également, dans les douze mois précédant l'enquête, 83 % des travailleurs ont ressenti des douleurs musculosquelettiques, et près de 60 % d'entre eux croient que la douleur qui les a le plus dérangés est liée en tout ou en partie à leur travail. On sait d'ailleurs que la présence de contraintes physiques au travail est liée à la survenue des problèmes musculosquelettiques chez les travailleurs exposés. À ce sujet, les données de *l'Enquête sociale et de santé 1998* nous apprennent que 33 % des travailleurs rémunérés de 15 ans et plus en Gaspésie et aux Îles ont été exposés assez souvent ou en tout temps à un travail répétitif des bras et des mains, que 27 % manipulent fréquemment des charges lourdes et que 26 % doivent fréquemment déployer des efforts dans la manipulation d'outils (Lemieux et Parent, 2002). Mentionnons à ce sujet que les travailleurs de la Gaspésie et des Îles sont relativement plus nombreux que les Québécois à être exposés à ce genre de contraintes physiques dans leur milieu de travail. En effet, au Québec, les pourcentages respectifs pour les trois contraintes précédentes sont de 21,0 %, 18,4 % et 18,4 % (Daveluy et autres, 2000). Finalement, chez nous comme au Québec, les lésions musculosquelettiques sont la principale cause d'incapacité : plus de 28 % des incapacités rapportées par les Gaspésiens et Madelinots âgés de 25 à 64 ans lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998* étaient reliées à un trouble musculosquelettique.

### B. La bérylliose, la silicose, l'amiantose

La bérylliose, la silicose et l'amiantose sont des maladies causées par l'exposition à des substances chimiques présentes dans certains milieux de travail, dans ce cas-ci le béryllium, la silice et l'amiante. En Gaspésie et aux Îles, depuis les vingt dernières années environ, la CSST a indemnisé 9 travailleurs atteints de bérylliose, 7 atteints de silicose et 2 d'amiantose. En plus d'être responsable de l'amiantose, une exposition à l'amiante peut aussi être à l'origine de certains cancers du poumon et des mésothéliomes. Dans notre région, en vingt-cinq ans, un seul cas de mésothéliome d'origine professionnelle a été déclaré à la CSST et a fait l'objet d'une réclamation.

### C. L'asthme professionnel

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* indiquent que l'asthme affecte 4,0 % de l'ensemble de la population gaspésienne et madelinienne (Lemieux et Parent, 2002). On estime que dans 15 % des cas, l'asthme serait d'origine professionnelle (Becklake, Malo et Chan-Yeung, 1999, tiré du MSSS, 2003), plus précisément attribuable à une exposition à des substances présentes en milieu de travail dont les isocyanates, la farine et les protéines de crustacés. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, la CSST a indemnisé 4 cas d'asthme professionnel lié aux protéines de crustacés au cours de l'année 2002-2003. Ce niveau d'atteinte est demeuré sensiblement le même au cours des dernières années dans notre région alors qu'il y a vingt ans environ, c'est une quarantaine de cas d'asthme professionnel qui étaient indemnisés à chaque année.

### D. Les intoxications professionnelles

Certaines substances ou contaminants présents en milieu de travail peuvent causer des intoxications, qu'on pense entre autres aux intoxications au monoxyde de carbone et à l'hydrogène sulfuré. Dans notre région, un seul cas d'intoxication a été déclaré à ce jour à la CSST : il s'agit d'une intoxication au monoxyde de carbone. Il nous faut cependant être prudent avec l'interprétation de cette donnée puisqu'il semble que les intoxications d'origine professionnelle causées par le CO et l'hydrogène sulfuré soient en général rarement rapportées. Pour ce qui est par ailleurs des intoxications au plomb pouvant générer des atteintes au système nerveux central, 7 cas ont fait l'objet d'une déclaration à la CSST depuis 1996 et ont été considérés suffisamment sérieux pour être déclarés au fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

### E. Les maladies infectieuses d'origine professionnelle

Les maladies infectieuses constituent un autre problème de santé pouvant affecter les travailleurs, particulièrement ceux exposés aux produits sanguins et autres liquides biologiques. Ces travailleurs sont en effet plus à risque de développer des maladies tels l'hépatite B, l'hépatite C, le SIDA, la tuberculose et plus récemment le virus du Nil occidental (VNO) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). En Gaspésie et aux Îles, l'unique cas de maladie infectieuse d'origine professionnelle indemnisé par la CSST depuis les vingt dernières années est un cas de tuberculose.

### F. Les cancers d'origine professionnelle

La présence de substances cancérigènes en milieu de travail est en partie responsable de l'incidence de certains cancers dont le cancer des voies respiratoires, le mésothéliome et le cancer de la vessie. Pour le cancer du poumon plus particulièrement, on estime que 5 % des décès reliés à ce type de cancer seraient attribuables à des expositions d'origine professionnelle (MSSS, 2003). Dans notre région cependant, les industries sont relativement exemptes de la présence de substances cancérigènes, de sorte qu'excepté le cas de mésothéliome dont nous parlions plus tôt, aucun autre type de cancer n'a fait l'objet d'une réclamation à la CSST durant les vingt-cinq dernières années.

### G. La surdité professionnelle

Le bruit est une source majeure de danger en milieu de travail, notamment en raison du risque qu'il présente pour le développement de déficits auditifs. En Gaspésie et aux Îles-de-la-

Madeleine, près de 17 % des travailleurs rémunérés de 15 ans et plus sont en 1998 assez souvent ou même toujours exposés, dans leur milieu travail, au bruit intense, c'est-à-dire les obligeant à crier pour communiquer avec des collègues (Lemieux et Parent, 2002). Pour cette contrainte, les travailleurs de la région ne sont pas plus nombreux en proportion à y être exposés que ceux du Québec. Ceci dit, nous ne disposons cependant d'aucune donnée régionale sur la surdité professionnelle. Il faut donc se tourner vers les données provinciales pour avoir une idée de l'ampleur de ce problème de santé chez les travailleurs. C'est ainsi que *l'Enquête sociale et de santé 1998* nous apprend que les travailleurs québécois étant assez souvent ou toujours exposés au bruit intense sont deux fois plus nombreux à déclarer une perte auditive (8,4 %) que les autres travailleurs (4,1 %) (Daveluy et autres, 2000). Les données de la CSST montrent quant à elles qu'environ 1000 cas de surdité professionnelle sont indemnisés chaque année au Québec (MSSS, 2003). Également, en 1993, plus du quart des maladies professionnelles indemnisées par la CSST étaient des cas de surdité professionnelle (Marazin, 1996, tiré du Conseil des DSP de la Conférence des RRSSS, 1998).

## H. Les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail

Pour ce qui est par ailleurs de l'objectif du *PNSP* qui vise à diminuer la fréquence des problèmes liés au milieu du travail et pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse (prématurité, avortement, mortinaissance), ainsi que des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant, il nous est actuellement impossible de le documenter, faute de données régionales et provinciales en ce domaine particulier. En fait, la seule donnée dont on dispose est celle du nombre de demandes de retrait préventif faites à la Direction de santé publique par les travailleuses enceintes ou qui allaitent en 1982. Ces informations révèlent un nombre annuel moyen d'environ 240 demandes au cours des dix dernières années.

## I. Les maladies chroniques, les habitudes de vie, le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool

Finalement, les deux derniers objectifs relatifs au domaine de la santé au travail réfèrent respectivement :

- aux maladies chroniques et aux habitudes de vie;
- au suicide et aux problèmes de consommation de drogues et d'alcool.

Bien qu'on reconnaisse maintenant le rôle des conditions et de l'organisation du travail dans la survenue de ces problèmes de santé et de bien-être chez les travailleurs, – qu'on pense entre autres au lien entre le stress généré par le travail et les maladies cardiovasculaires – , ces problèmes n'apparaissent pas actuellement dans les priorités d'action de la CSST. Ainsi, dans notre région, les interventions posées en ce sens en santé publique se font encore discrètes. Ceci dit, les données pour documenter la prévalence des maladies chroniques et des problèmes psychosociaux chez la population des travailleurs ne sont pas abondantes, pour notre région à tout le moins. Les seules données disponibles concernent la violence et l'intimidation en milieu de travail et proviennent de *l'Enquête sociale et de santé 1998*. Les résultats de cette enquête indiquent qu'au cours des douze mois précédant l'étude, 3,4 % des travailleurs de la région ont été victimes de violence physique sur les lieux de travail, 4,6 % ont été victimes de paroles et de gestes à caractère sexuel non désirés (7,3 % des femmes et 2,3 % des hommes) et 17,7 % ont déclaré avoir subi de l'intimidation au travail (Lemieux et Parent, 2002).

## Les objectifs poursuivis au regard de la santé au travail

**A. Les lésions musculosquelettiques**

- Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculosquelettiques.

**B. La bérylliose, la silicose, l'amiantose**

- Diminuer l'incidence de la bérylliose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante.

**C. L'asthme professionnel**

- Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie (adaptation d'un des objectifs du *PNSP*, p. 69).

**D. Les intoxications professionnelles**

- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants, et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques.

**E. Les maladies infectieuses d'origine professionnelle**

- Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques.

**F. Les cancers d'origine professionnelle**

- Pour les motifs expliqués précédemment, notamment l'absence de réclamation pour cancer professionnel au cours des 25 dernières années dans la région, cet objectif n'a pas été retenu prioritaire pour la période 2004-2007. Tel qu'indiqué, les entreprises de la région se concentrent dans les secteurs primaire et tertiaire. Notre région compte conséquemment peu d'entreprises du secteur de la transformation et très peu d'entreprises manufacturières. Or, ce sont ces milieux de travail qui sont les plus susceptibles de recourir à des substances cancérigènes.

**G. La surdité professionnelle**

- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail.

**H. Les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail**

- Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance), et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant.

**I. Les maladies chroniques, les habitudes de vie, le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool**

- Améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques;
- Réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool.

## Les programmes et les activités requis

- ***Prévention des lésions musculosquelettiques***
- ***Prévention de la béryllose***
- ***Prévention de la silicose***
- ***Prévention de l'amiantose***
- ***Prévention de l'asthme professionnel aux isocyanates***
- ***Prévention des intoxications professionnelles***
- ***Prévention des maladies infectieuses professionnelles***
- ***Prévention de la surdité professionnelle***
- ***Santé au travail chez les femmes enceintes ou qui allaitent***
- ***Activités liées aux habitudes de vie et aux maladies chroniques***
- ***Santé au travail et prévention du suicide, consommation de drogues et d'alcool***

### A. Les lésions musculosquelettiques

- ***La prévention des lésions musculosquelettiques***

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commission de santé et sécurité du travail (CSST), Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP), DSP de Québec.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Réponse aux demandes d'intervention issues de la CSST et des milieux de travail en favorisant le partenariat, suivi aux dossiers initiés en 2002 et en 2003, évaluation des résultats obtenus;

- Mise en commun des interventions effectuées jusqu'ici auprès des caisses populaires afin d'orienter les interventions futures auprès de cette catégorie d'établissements;

- Initiation d'une démarche de prévention des lésions musculosquelettiques auprès des salons de coiffure (poste de coiffeuse) ainsi que des établissements du secteur hôtelier (poste de femme de chambre);

- Poursuite de la démarche d'analyse ergonomique impliquant la collaboration d'un ergonome de la région de Québec, auprès d'une entreprise du secteur minier, laquelle a retenu dans son programme de santé, la prévention des lésions musculosquelettiques à titre de priorité pour la période 2003 à 2005.

## B. La bérylliose, la silicose, l'amiantose

### ❑ *Prévention de la bérylliose*

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commission de santé et sécurité du travail (CSST), Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP), Institut de recherche en santé et sécurité au travail (IRSST).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Dans notre région, la principale entreprise concernée par la problématique du béryllium a récemment mis un terme à ses opérations et prévoit le démantèlement de certaines de ses installations. Ces dernières étant potentiellement contaminées par des poussières de béryllium et plusieurs autres contaminants, notre programme d'activités prévoira la mise en place d'un protocole adéquat de surveillance médico-environnementale lors de ces travaux;

- Poursuite de la réponse aux demandes de la CSST et des autres milieux de travail de la région en vue d'apporter une expertise reliée à la présence potentielle de béryllium : évaluation de la contamination des milieux de travail, recommandations pour l'élimination à la source, protection personnelle, etc.;

- Application des volets successifs du programme provincial relatif au béryllium, au fur et à mesure de leur élaboration et de leur mise en oeuvre.

### ❑ *Prévention de la silicose*

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commission de santé et sécurité du travail (CSST), Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- En lien avec le programme d'intervention intégré (PII) relatif à la silice, suivi de la surveillance environnementale lorsque requis et vigilance afin d'éviter que les entreprises de carrosserie de la région ne réintroduisent pas la silice comme abrasif dans les opérations de sablage au jet d'abrasif;

- De concert avec l'inspecteur de la CSST, promotion de l'utilisation d'une protection respiratoire adéquate par adduction d'air lors des opérations de sablage au jet d'abrasif.

### ❑ *Prévention de l'amiantose*

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs** : Commission de santé et sécurité du travail (CSST), Institut de recherche en santé et sécurité au travail (IRSST), CH.

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Application du programme provincial relatif à l'amiante :

  Secteur de la construction :
  - préparation et réalisation du dépistage des travailleurs aussitôt que la liste des noms des travailleurs concernés sera disponible, et suivi individuel requis par le dépistage;

  Autres secteurs :
  - soutien aux établissements qui ont des besoins particuliers en relation avec l'amiante : identification de la présence d'amiante dans les matériaux d'isolation, formation sur les risques à la santé et les moyens de prévention;

  - collaboration avec la CSST pour informer les établissements du secteur de la santé et des services sociaux sur la conduite à tenir pour vérifier la présence éventuelle d'amiante dans leur établissement.

---

## C. L'asthme professionnel

### ❑ *Prévention de l'asthme professionnel aux isocyanates*

**Premiers responsables de l'application de ce programme** : CLSC.

**Principaux collaborateurs** : Commission de santé et sécurité du travail (CSST), Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Application du programme provincial relatif aux isocyanates :
  - acquisition et utilisation par les carrossiers d'un système de protection respiratoire à adduction d'air,
  - prise de mesures pour vérifier les débits d'air à l'intérieur des masques de protection respiratoire et effectuer les ajustements nécessaires. Le débit minimum ciblé est de 115 l/min;

- Installation d'une ventilation adéquate dans chacune des principales aires d'activités des entreprises de carrosserie visées : atelier général, chambre de mélange et cabine de pulvérisation;

- Poursuite des travaux du comité régional conjoint d'application du programme afin de synchroniser les interventions CSST/Réseau et d'harmoniser les pratiques.

---

## D. Les intoxications professionnelles

### ❑ *Prévention des intoxications professionnelles*

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commission de santé et sécurité du travail (CSST), Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP), Association de santé et de sécurité des industries de la forêt du Québec (ASSIFQ) , Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Application du programme d'intervention intégré (PII) relatif aux chariots élévateurs;
- Application du programme provincial « Frigo » relatif à l'ammoniac. En collaboration avec l'inspecteur de la CSST, un rappel des objectifs du programme sera fait de même qu'une vérification de la mise en place de ses principaux éléments : système de détection assorti d'une alarme là où des risques d'accumulation d'ammoniac existent, aménagement et identification des sorties d'urgence, protection des canalisations d'ammoniac exposées aux ruptures accidentelles, mise en place fonctionnelle d'un plan des mesures d'urgence;
- Poursuite de l'application du programme sur les poussières combustibles respirables en secteur minier durant la période allant au moins jusqu'à 2006. Les informations colligées dans le cadre de ce programme et les mesures de prévention que celles-ci permettront de mettre en place, nous aideront à mieux contrôler les risques d'intoxications aux oxydes d'azote notamment;
- Suivi de certaines entreprises ciblées dans le cadre du programme d'intervention intégré relatif au soudage en vue d'assurer le respect des normes (5 $mg/m^3$) vis-à-vis de certaines poussières et fumées métalliques pouvant induire des intoxications. Attention particulière à accorder au manganèse, pour lequel il semble que des intoxications inattendues auraient été observées ailleurs dans la province;
- Suivi de la situation à l'intérieur des entreprises ciblées dans le cadre du PII styrène, afin de prévenir les risques d'intoxications à certains solvants : le styrène et l'acétone notamment;
- Élaboration et mise en application d'un premier programme de santé pour une entreprise du secteur du papier. Ce programme, qui pourrait être appliqué dès 2004, inclura vraisemblablement un volet de surveillance environnementale pour certains gaz irritants dont le $H_2S$ et le $SO_2$;
- Concernant les pesticides, collaboration avec l'UPA au début de 2004 afin de dresser une liste des pesticides les plus couramment utilisés par les agriculteurs de la région. Puis organisation, au besoin, des ateliers d'information sur les risques à la santé reliés à leur utilisation;
- Prise de contact avec les entreprises du secteur de l'aménagement paysager afin de les informer de la toxicité des produits qu'elles pourraient utiliser et nous assurer que des précautions sont prises pour protéger les travailleurs qui les manipulent et en font l'épandage.

## E. Les maladies infectieuses d'origine professionnelle

❑ ***Prévention des maladies infectieuses professionnelles***

**Premiers responsables de l'application de ce programme** : CLSC.

**Principal collaborateur** : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007** :

- Dans le cadre du programme d'intervention intégré (PII) relatif aux risques biologiques, plusieurs activités sont prévues :
  - formation prévaccinale sur l'hépatite B initiée en 2003 et qui se poursuivra en 2004 pour les 675 pompiers de la population cible;
  - la vaccination en trois doses (calendrier : 0,1,6) contre l'hépatite B (HVB) suivra de peu cette formation;
  - un suivi sera effectué auprès des travailleurs dont les résultats de sérologie seront négatifs. On offrira à ces derniers la reprise de la vaccination;
  - un rappel vaccinal contre le tétanos sera offert lorsque requis à l'ensemble des travailleurs ciblés;
  - réponse aux demandes ponctuelles d'intervention et de suivi de la SQ ou des municipalités, notamment pour le personnel fraîchement muté dans la région, au regard des risques couverts par le PII Risques biologiques;
  - un programme d'information contre certains risques biologiques (VIH, HVB, TB) et de vaccination contre l'hépatite B sera offert aux travailleurs du milieu carcéral.

## G. La surdité professionnelle

❑ ***Prévention de la surdité professionnelle***

**Premiers responsables de l'application de ce programme** : CLSC.

**Principaux collaborateurs** : Commission de santé et sécurité du travail (CSST), Association de santé et de sécurité des industries de la forêt du Québec (ASSIFQ).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007** :

- Poursuite de l'application de l'ensemble des programmes de santé comportant un volet de prévention de la surdité professionnelle;

- Pour le secteur des scieries, application du programme d'intervention intégrée, actuellement en rodage, dès que les projets pilotes en cours seront terminés.

## H. Les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail

❑ ***Santé au travail chez les femmes enceintes ou qui allaitent***

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Commission de santé et de sécurité au travail (CSST), Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP).

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Expertise de contenu, documentation statistique et soutien à l'évaluation pour maintenir la qualité des services offerts aux travailleuses enceintes ou qui allaitent, de même qu'à leurs employeurs, en vue de la réduction du nombre d'avortements spontanés et de naissances avant terme;
- Expertise de contenu pour soutenir les milieux de travail dans leurs efforts visant à favoriser la mutation de la travailleuse, dans des tâches ne comportant pas de risque particulier, au regard de la situation de grossesse ou d'allaitement;
- Expertise de contenu auprès de l'ensemble des médecins obstétriciens de la région pour les informer de l'évolution du programme de santé au travail pour les femmes enceintes ou qui allaitent et rappeler à ceux-ci ses objectifs fondamentaux.

## I. Les maladies chroniques, les habitudes de vie, le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool

❑ ***Activités liées aux habitudes de vie et aux maladies chroniques***

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principal collaborateur :** Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

**Principale action à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Intensification des efforts au cours des années à venir pour impliquer davantage les partenaires (notamment ceux des services courants des CLSC) à intervenir auprès de la clientèle des travailleurs pour l'adoption de saines habitudes de vie (ex. : gestion du stress, tabagisme, activité physique, etc.) par ceux-ci et la prévention de certaines maladies chroniques.

❑ ***Santé au travail et prévention du suicide, consommation de drogues et d'alcool***

**Premiers responsables de l'application de ce programme :** CLSC.

**Principaux collaborateurs :** Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), autres programmes de la DSP.

**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :**

- Établissement de liens de coopération entre les intervenants de santé au travail et ceux de certains autres programmes des CLSC et de la santé publique : prévention du suicide, prévention de la toxicomanie;

- Développement d'une expertise que les intervenants de santé au travail ne possèdent pas présentement, de manière générale, par rapport à ces thématiques (suicide, toxicomanie) qui ne faisaient traditionnellement pas partie du champ des interventions souhaitées et encouragées par la CSST.

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

### DOMAINE 7 : LA SANTÉ AU TRAVAIL

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **A. Les lésions musculosquelettiques**<br>▪ Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculosquelettiques. | ▪ Prévention des lésions musculosquelettiques. | | |
| **B. La bérylliose, la silicose, l'amiantose**<br>▪ Diminuer l'incidence de la bérylliose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante. | ▪ Prévention de la bérylliose;<br>▪ Prévention de la silicose;<br>▪ Prévention de l'amiantose. | | ▪ Renforcer le potentiel des personnes;<br>▪ Soutenir les groupes vulnérables;<br>▪ Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| **C. L'asthme professionnel**<br>▪ Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie (adaptation d'un des objectifs du *PNSP*, p. 69). | ▪ Prévention de l'asthme professionnel aux isocyanates. | **Prévention** | |
| **D. Les intoxications professionnelles**<br>▪ Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants, et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques. | ▪ Prévention des intoxications professionnelles. | | ▪ Renforcer le potentiel des personnes;<br>▪ Soutenir les groupes vulnérables;<br>▪ Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| **E. Les maladies infectieuses d'origine professionnelle**<br>▪ Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques. | ▪ Prévention des maladies infectieuses professionnelles. | **Prévention** | |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **F. Les cancers d'origine professionnelle**<br><br>• Pour les motifs expliqués précédemment, notamment l'absence de réclamation pour cancer professionnel au cours des 25 dernières années dans la région, cet objectif n'a pas été retenu prioritaire pour la période 2004-2007. Tel qu'indiqué, les entreprises de la région se concentrent dans les secteurs primaire et tertiaire. Notre région compte conséquemment peu d'entreprises du secteur de la transformation et très peu d'entreprises manufacturières. Or, ce sont ces milieux de travail qui sont les plus susceptibles de recourir à des substances cancérigènes.<br><br>**G. La surdité professionnelle**<br><br>• Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail. | • Prévention de la surdité professionnelle. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |

## Tableau des objectifs, programmes, fonctions et stratégies

| Objectifs | Programmes | Fonctions | Stratégies |
|---|---|---|---|
| **H. Les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail**<br><br>• Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant . | • Santé au travail chez les femmes enceintes ou qui allaitent. | **Prévention** | • Renforcer le potentiel des personnes;<br>• Soutenir les groupes vulnérables;<br>• Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être. |
| **I. Les maladies chroniques, les habitudes de vie, le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool**<br><br>• Améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques;<br>• Réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool. | • Activités liées aux habitudes de vie et aux maladies chroniques;<br>• Santé au travail et prévention du suicide, consommation de drogues et d'alcool. | | |

# CHAPITRE 4

## *PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES*

# *PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES*

La Loi sur la santé publique sanctionnée le 20 décembre 2001 impose au ministre l'obligation d'élaborer un programme national de santé publique pour encadrer les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local.

Les agences de santé et services sociaux doivent quant à elles élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour un programme régional de santé publique conforme aux prescriptions du *Programme national*.

Ce programme régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire lorsque la santé de la population est menacée et que les capacités d'intervention de la Direction de santé publique (DSP) sont dépassées.

Jusqu'ici, en l'absence d'entente formelle, la Direction régionale de santé publique a dû compter sur la bonne volonté de ses principaux partenaires de première ligne en santé publique, les CLSC qui, reconnaissant le caractère urgent d'une situation de menace à la santé, ont toujours collaboré dans la mise en place de mesures visant le contrôle et l'élimination de la menace identifiée.

La Loi sur la santé publique vient donc formaliser une tradition de bonne collaboration, sous forme d'une entente claire entre les parties. Ceci a le mérite d'éliminer le caractère aléatoire pouvant survenir, notamment en raison de ce que sont parfois les rapports humains, dans l'obtention d'une aide rapide lorsqu'un effort de mobilisation doit être entrepris dans des délais souvent courts et dans un contexte d'urgence, voire de crise parfois.

Cette nouvelle disposition de la Loi sur la santé publique doit être distinguée de l'obligation de s'organiser et de décréter des mesures d'urgence régionales face à des menaces à la santé au sens de la Sécurité civile, en cas par exemple d'inondation, de tremblement de terre, d'incendie majeur, de déversement de matières toxiques, d'exposition à des matières radioactives, etc. Certaines de ces situations d'urgence s'accompagnant aussi de menaces à la santé de la population au sens de la Loi sur la santé publique, le plan de mobilisation des ressources pourra être complémentaire au *Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, adopté en 1995.

## 4.1 LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET QUELQUES NOTIONS RELATIVES AU PLAN DE MOBILISATION

La sanction de la Loi sur la santé publique, en décembre 2001, et la mise en œuvre du *Programme national de santé publique*, en 2003, constituent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec. La Loi confirme les fonctions et le partage des responsabilités en santé publique, et donne aux divers responsables des moyens pour exercer leurs fonctions, tout en leur attribuant, par ailleurs, des obligations.

## Notion de plan de mobilisation

Les articles 12 et 97 de la Loi précisent l'obligation de mettre en place un plan de mobilisation des ressources dans une région, les conditions de mise en opération de ce plan et les implications qui en découlent pour les divers intervenants.

> *« 12. Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. »* (Loi sur la santé publique, 2001, c. 60, a. 12.)

> *« 97. Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »* (Loi sur la santé publique, 2001, c. 60, a. 97.)

## Notion de menace à la santé

La Loi définit déjà dans son article 2 ce qu'est une menace à la santé et identifie clairement qui sont les autorités de santé publique :

> *« 2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée. »*

Dans la présente Loi, on entend par menace à la santé de la population, la présence au sein de celle-ci, d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

> *« 13. Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). »* (Loi sur la santé publique, 2001, c. 60, a. 13.)

## Notion de menace appréhendée à la santé

La menace à la santé décrite à l'article 2 cité plus haut peut être réelle, mais elle peut aussi n'être qu'appréhendée. Dans les deux cas, le directeur de santé publique doit procéder à une enquête épidémiologique et il peut mettre en marche le plan de mobilisation des ressources si la situation l'y oblige. L'article 96 prévoit cette subtilité :

> *« 96. Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être ... »* (Loi sur la santé publique, 2001, c. 60, a. 96.)

### Notion de demande d'aide formelle

Sont exclues du plan de mobilisation les autres situations potentiellement dangereuses tels, par exemple, les accidents de la route ou les épidémies de phénomènes sociaux comme le suicide. Ces autres menaces feront appel à la mise en œuvre d'un autre type de plan impliquant aussi des mesures coercitives, la demande d'aide formelle; ce recours est prévu par le législateur au chapitre portant sur la promotion de la santé et la prévention.

La demande d'aide formelle devant faire l'objet d'un plan distinct, elle ne sera pas traitée ici; les articles 55 et 56 en prévoient la mise en œuvre :

> *« 55. Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances. »* (Loi sur la santé publique, 2001, c. 60, a. 55.)

Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution.

> *« Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur de santé publique ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur national de santé publique. »* (Loi sur la santé publique, 2001, c. 60, a. 55.)

> *« 56. Le ministre peut en tout temps décider d'exercer lui-même le pouvoir prévu à l'article 55, en collaboration avec le ou les directeurs de santé publique concernés. » (Loi sur la santé publique, 2001, c. 60, a. 56.)*

## 4.2 LES ÉTAPES DE MISE EN OPÉRATION DU PLAN DE MOBILISATION

Schématiquement, le mécanisme de mise en opération du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux se présente comme suit :

Étape 1 : Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la DSP.

Étape 2 : Déclenchement du plan de mobilisation et réquisition du personnel nécessaire auprès de l'établissement concerné.

Étape 3 : Réalisation de l'intervention de santé publique.

Étape 4 : Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Revoyons plus en détail chacune des étapes de mise en opération du plan de mobilisation, ainsi que les implications qui en découlent.

### *Étape 1 Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la DSP*

L'expérience des années passées n'a pas démontré de cas où les capacités de la DSP se sont avérées dépassées pour la prise en charge efficace des situations de menace à la santé. Il faut cependant admettre que le recours aux équipes de santé publique des CLSC, sur une base informelle, a souvent permis d'éviter de telles éventualités. Bien sûr, il n'est pas dans l'esprit du présent document de faire table rase de cette tradition de bonne collaboration.

Dans la conjoncture actuelle d'émergence de phénomènes nouveaux tel le SRAS, ou de la réapparition de certains autres tels qu'une pandémie d'influenza ou de variole, il apparaît davantage prudent de prévoir des mécanismes plus formels de mobilisation des ressources, dans la mesure où le caractère urgent ou l'ampleur de ce qui pourrait survenir, pourrait n'être d'aucune commune mesure avec ce que nous avons connu jusqu'à maintenant. Ceci est d'autant plus important que la quantité de personnel requis pourrait être d'une ampleur débordant largement ce qu'on a généralement connu.

En fonction de l'évaluation qu'en fera le directeur de la santé publique ou son représentant, il pourrait donc conclure que les capacités d'intervention de la DSP sont dépassées et déclencher alors le plan de mobilisation des ressources, selon le degré d'intensité requis par la situation à laquelle faire face.

### *Étape 2 Déclenchement du plan de mobilisation et réquisition du personnel nécessaire*

#### Conditions de déclenchement du plan

Avant de recourir au plan de mobilisation, un effort sera fait afin de mettre à contribution tous les employés œuvrant au sein de la DSP, et même dans les autres directions de l'Agence de santé et de services sociaux, en tenant compte de leurs compétences respectives. Toutes les tâches n'exigeant pas d'expertise médicale peuvent, en effet, être partagées avec le personnel professionnel et de bureau, après une formation intensive adéquate. Par contre, les tâches exigeant une expertise médicale doivent être déléguées aux infirmières et aux médecins, et parfois uniquement aux médecins (prescriptions médicales, tests diagnostiques, etc.).

Par ailleurs, l'application du plan de mobilisation des ressources touchera d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concerné par la menace à la santé de la population. La mobilisation de personnel visera plus spécifiquement les établissements ayant une mission CLSC au sein desquels prennent place la plupart des activités de première ligne en santé publique. S'il advenait que le personnel d'une autre catégorie d'établissement, tel un centre hospitalier, doive être réquisitionné, on prendrait alors soin de s'assurer de ne pas le priver d'un nombre trop grand d'effectifs, de manière à ce qu'il soit lui-même en mesure de continuer à réaliser les activités découlant de sa propre mission.

Dans l'éventualité d'une menace touchant plus d'une MRC, les autres établissements de la région pourraient aussi être mis à contribution. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique par rapport au site de la menace, et pourra aussi viser les établissements pouvant libérer leurs professionnels avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

### Procédure de déclenchement du plan

En termes de cheminement de la demande auprès des établissements concernés, il est convenu que la réquisition doit être acheminée au cadre assurant la garde, en lui indiquant la catégorie et le nombre de professionnels et autres personnels nécessités pour la gestion de la menace ayant conduit au déclenchement du plan de mobilisation. Ce cadre aura ensuite la responsabilité de communiquer cette réquisition de ressources humaines aux gestionnaires de son établissement en mesure de répondre à cette demande. La DSP fournira, par ailleurs, l'information sommaire à transmettre aux employés mobilisés quant aux modalités d'opération (date, heure et lieu de la formation intensive, nature des tâches à accomplir, etc.).

D'un point de vue pratique, les établissements devront fournir à la DSP, le numéro de téléphone à composer permettant de rejoindre en tout temps une personne responsable pour mettre en marche le plan de mobilisation. Dans la mesure du possible, ce numéro devrait être permanent et ne pas être attaché à un individu en particulier, de manière à limiter les besoins de mise à jour périodique. Malgré cet énoncé de principe, la DSP s'assurera tout de même de vérifier auprès des établissements, sur une base semestrielle, la validité des coordonnées à utiliser en cas de déclenchement du plan de mobilisation. De leur côté, les établissements seront responsables d'aviser la DSP dans l'éventualité de modifications apportées aux numéros de téléphone à composer en cas de besoin.

## *Étape 3 Réalisation de l'intervention de santé publique*

### Coordination et liens d'autorité

Le personnel réquisitionné est en lien d'autorité fonctionnelle avec le directeur de santé publique ou la personne qu'il désignera à cette fin. Nonobstant cette règle, divers scénarios intermédiaires de prise en charge de la coordination des effectifs pourront être établis en souplesse et, selon le cas, après entente avec le ou les cadres de l'établissement concerné, de manière à ce que ces derniers puissent assumer sur le terrain, une certaine coordination des opérations. Dans tous les cas, une très grande importance devra être portée à la clarification des règles de fonctionnement auprès du personnel impliqué, de manière à éviter toute confusion à cet égard.

Si les opérations se déroulent sur plus d'un site, des chefs d'équipe pourront être désignés afin que la progression de l'intervention fasse l'objet d'un monitorage constant, et que les ajustements requis soient amenés sans délai.

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel de l'établissement pourra prendre place à l'établissement même, dans la communauté ou même aux bureaux de la DSP. Quel que soit le scénario retenu, la supervision étroite des opérations devra être assurée afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonné.

### Formation

La DSP a la responsabilité d'organiser dans les plus brefs délais les activités de formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

Les modalités de cette formation tiendront nécessairement compte de la complexité de l'information à transmettre et du nombre d'établissements impliqués. Dans les cas les plus simples, une conférence téléphonique pourra suffire. Un cas complexe pourrait nécessiter une

formation plus formelle prodiguée à l'établissement même ou, dans les cas touchant plusieurs MRC, centralisée à un endroit convenu à ce moment.

### *Étape 4 Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique*

Le monitorage serré de l'intervention permettra de déterminer à quel moment la mobilisation du personnel des établissements pourra prendre fin, afin que chaque employé dont les services auront été réquisitionnés, retourne aussitôt que possible sous l'autorité de ses supérieurs habituels.

Une évaluation globale de l'intervention devra être effectuée dans les semaines suivant la désactivation du plan de mobilisation, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan. Encore ici, la forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur de l'intervention réalisée et du nombre d'établissements impliqués.

# CHAPITRE 5

## *PLAN DE SURVEILLANCE*

## *PLAN DE SURVEILLANCE*

La *Loi sur la santé publique* crée l'obligation pour chaque autorité de santé publique, d'élaborer des plans de surveillance continue de l'état de santé de la population sur leur territoire.

> « 35. *Le ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance. Lorsque le ministre confie à un tiers certaines activités de surveillance ou une partie de sa fonction, le plan de surveillance doit le prévoir.* »

Le plan de surveillance donne résonance à l'article 33 de la *Loi sur la santé publique*, laquelle vient situer certaines balises au regard de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population :

> « 33. *Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir :*
>
> *1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population;*
> *2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;*
> *3° détecter les problèmes en émergence;*
> *4° identifier les problèmes prioritaires;*
> *5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;*
> *6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.*
>
> *Les plans de surveillance sont établis afin de rencontrer un ensemble d'objectifs :*
>
> 1. *Cibler les éléments essentiels afin de mesurer l'état de santé et ses déterminants (objets de surveillance);*
> 2. *Préciser les renseignements, personnels ou non, qu'il est nécessaire d'obtenir ainsi que le plan d'analyse de ces renseignements;*
> 3. *Identifier les sources de données dont l'accès et la disponibilité doivent être garantis;*
> 4. *Identifier la méthodologie requise (découpage géographique, méthodes de calcul, population de référence, etc.);*
> 5. *Développer et intégrer de nouveaux outils pour l'exercice de la fonction de surveillance.* » (Groupe de travail sur le Plan de surveillance, avril 2003, p. 1)

Le directeur national de santé publique (DNSP) et les directeurs de santé publique (DSP) ont décidé de produire leur premier plan de surveillance en commun ; par la suite, chacun, selon ses besoins de surveillance particuliers, pourra élaborer et mettre en œuvre d'autres plans de surveillance. L'exercice d'élaboration du plan commun de surveillance est terminé à l'échelle de la province.

> « *En adhérant au* Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, *les directeurs de santé publique prennent l'engagement : 1) d'assurer la responsabilité de la protection des renseignements personnels par l'application des normes édictées dans le* Cadre

> global de gestion des actifs informationnels des établissements du réseau de la santé et des services sociaux *ou de celles actuellement en vigueur dans nos organisations respectives.* (...) *2) de suivre les objets de surveillance par l'examen des traitements de base des données produites dans un lieu centralisé, selon une périodicité à définir. Pour les analyses ou les interprétations, il appartiendra à chaque autorité de santé publique d'en établir la pertinence. Cet engagement sera modulé au regard des particularités régionales, notamment pour les régions nordiques, tant au niveau de l'alimentation en données qu'à celui du traitement et de l'analyse des données.* » (MSSS, février 2004, p. 5)

À cet effet, le directeur de santé publique de la région Gaspésie-Les Îles s'engage à respecter les obligations découlant du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants* (MSSS, 2004). Les analyses, les interprétations et les productions régionales en lien avec le plan de surveillance seront précisées, année après année, lors de l'exercice de planification dont il sera question au prochain chapitre portant sur la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique.

Concernant les recherches portant sur des problèmes spécifiques, notre planification à cet égard a été intégrée à l'intérieur du Plan d'action régional dans les domaines où des recherches seront menées pour la période 2004-2007, à savoir *Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes* (étude sur le suicide) et *Les habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes* (étude sur l'insécurité alimentaire).

# CHAPITRE 6

## *LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION*

# *LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION*

Le présent chapitre vient préciser les modalités par lesquelles sera mis en œuvre le Plan d'action régional de santé publique (PAR) suite à son adoption par le conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux de la Gaspésie et des Îles. Nous aborderons d'abord la question sous l'angle régional, puis nous ferons de même dans un second temps d'un point de vue local.

## 6.1 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE

### Planification annuelle de la DSP

La mise en oeuvre du PAR interpelle dans un premier temps la Direction régionale de santé publique. C'est à travers l'exercice de planification annuelle de la DSP que, dès l'année 2004-2005, les opérations suivantes seront menées à compter du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 :

- À chacune des années couvertes par le PAR, sélectionner les actions à mettre en oeuvre par la DSP, en lien avec les objectifs et les programmes requis du PAR;
- Préciser pour chacune des actions retenues, les principaux partenaires à impliquer ou mobiliser, ainsi que les stratégies à développer pour impliquer et mobiliser ces partenaires;
- Préciser pour chacune des actions retenues, les échéances fixées;
- Préciser, s'il y a lieu, les modalités d'évaluation ou de reddition de comptes à accomplir en cours d'année.

### Bilan annuel

À compter du début de l'année 2005-2006 la DSP procédera à un bilan annuel de ses réalisations en lien avec le PAR et avec sa planification de l'année précédente. Ce bilan annuel fera état des objectifs visés pour l'année précédente, des actions réalisées, des partenaires impliqués ou ayant collaboré à la réalisation d'actions, ainsi que des résultats obtenus, que ceux-ci soient observés qualitativement ou quantitativement lorsque des données chiffrables sont disponibles, pertinentes et significatives.

### Comité aviseur régional

Par ailleurs un comité aviseur avait été mis sur pied dans le cadre de l'élaboration du PAR avec mandat de :

- Suivre de près les travaux d'élaboration du PAR et donner son avis sur le document de travail du PAR;
- Donner son avis sur les modalités de consultation des principaux partenaires de la DSP;
- Préparer et soutenir l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique.

Le comité aviseur était composé de trois représentants des CLSC et de trois représentantes du Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine

(ROCGÎM), en plus des quatre personnes représentant la DSP. Suite à l'adoption du PAR par le conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux, il nous apparaît pertinent dans un esprit de suivi de la mise en œuvre que le comité aviseur soit maintenu et que son mandat soit ajusté de la façon qui suit :

- Suivre le processus de mise en œuvre du PAR et faire les liens avec la démarche d'élaboration des plans d'action locaux de santé publique;
- Préparer et soutenir l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique.

Quant à la composition du comité, elle demeurera inchangée.

### Bilan du Plan d'action régional en 2007

Au début de l'année 2007-2008, un bilan de réalisation du PAR sera produit et servira de base à la mise à jour du PAR pour la période 2007-2010. Ce bilan comportera donc les éléments suivants :

- Un bilan général et synthèse de l'avancement des travaux depuis l'adoption du Plan d'action régional 2004-2007;
- Une documentation des indicateurs de santé et bien-être pour chacun des objectifs retenus dans notre Plan d'action régional 2004-2007, et ce, dans la mesure où nous disposons des données requises.

## 6.2 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE LOCALE

Dans la logique du *Programme national de santé publique 2003-2012*, la mise en œuvre des objectifs nationaux se réalise à trois paliers distincts mais interreliés, soit le palier national, le palier régional et le palier local. Il incombe à chaque établissement comportant une mission CLSC, la responsabilité : « *[...] d'élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. L'élaboration du plan doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés. Ce plan doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional, compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement.* » (Loi sur la santé publique, article 14).

Sans se substituer à cette responsabilité d'établissement local, la DSP entend apporter un soutien au processus d'élaboration des plans d'action locaux (PAL), et ce, avec le concours du comité aviseur régional. C'est dans cette optique qu'a été rédigé au cours de l'automne 2003 le document *Plan d'action local de santé publique : Proposition de projet d'élaboration* (DSP-GÎM, 2003). Les principaux éléments abordés dans ce document sont les suivants :

- Mécanismes de coordination interne au CLSC et de concertation externe pour l'élaboration du plan d'action local de santé publique;
- Processus d'élaboration du plan d'action local de santé publique dans ses grandes étapes;
- Plan de travail et calendrier d'élaboration du plan d'action local de santé publique;
- Mécanismes régionaux de soutien à l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique.

Sans entrer dans le détail, précisons qu'outre l'outil que constitue le document *Plan d'action local de santé publique : Proposition de projet d'élaboration* (DSP-GÎM, 2003) dont il vient d'être

question, deux mécanismes principaux sont prévus pour soutenir l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique, soit :

- Des rencontres régionales entre les répondants locaux du PAL et les représentants désignés de la DSP;
- La nomination à la DSP d'une personne-ressource avec laquelle les répondants locaux de l'élaboration du PAL pourront communiquer en cours de processus pour obtenir du soutien, des conseils et pour se valider au besoin au regard du processus d'élaboration.

Donc, c'est à travers les mesures que nous venons d'exposer brièvement que nous escomptons assurer la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et rendre compte des réalisations et des résultats qui en découleront.

# *CONCLUSION*

Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine est rendu public au moment même où s'amorcent les opérations qui conduiront à la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Le programme de santé publique fait partie intégrante des programmes de services devant être précisés dans le projet organisationnel et clinique qu'auront à élaborer les instances locales (établissements locaux de santé et de services sociaux dont la création découle de la loi 25) après leur mise en place formelle.

Figurent parmi les services de première ligne à offrir par l'instance locale, les services et les interventions de santé publique :

> *« Des services et des interventions de santé publique pour la population et pour les clientèles vulnérables et les clientèles particulières : actions qui visent la promotion, la prévention et la protection de la santé en lien avec les plans d'action régional et local de la santé publique.* » (MSSS, 2004, p. 6)

Le plan d'action local de santé publique sera une des constituantes du projet organisationnel et clinique à articuler à l'échelle locale. Quant à lui, le Plan d'action régional de santé publique pose un jalon pour l'élaboration du projet organisationnel et clinique que le MSSS demande aux instances locales de formuler dès leur création. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le Plan d'action régional de santé publique doit servir de phare pour la production des plans d'action locaux puisque la *Loi sur la santé publique* stipule que : « *Ce plan doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au* ***plan d'action régional****, compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement.* » (Loi sur la santé publique, article 14). Avec le présent Plan d'action régional de santé publique, ainsi qu'avec les outils de planification développés par la DSP au bénéfice des CLSC de la région dans le document *Plan d'action local de santé publique : Proposition de projet d'élaboration* (DSP-GÎM, 2003), le volet santé publique du projet organisationnel et clinique s'amorce en comptant sur des assises solides et bien définies.

La Direction de santé publique de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a amorcé et poursuivra tout au long de l'année 2004 son travail de soutien à l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique, contribuant ainsi activement à la mission de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au regard de la création des nouveaux réseaux locaux. En effet, « *Un leadership soutenu devra être exercé de la part des agences pour induire le changement en faveur de la création des réseaux locaux de services.* » (MSSS, 2004, p. 15). Rappelons que le soutien à la démarche d'élaboration des plans d'action locaux de santé publique (PAL), se concrétisera notamment par :

- Des rencontres régionales entre les répondants locaux du PAL et les représentants désignés de la DSP;
- La nomination à la DSP d'une personne-ressource avec laquelle les répondants locaux de l'élaboration du PAL pourront communiquer en cours de processus pour obtenir du soutien, des conseils et pour se valider au besoin au regard du processus d'élaboration.

Ajoutons également comme mesure de soutien aux PAL, la production livrée aux CLSC en mars 2004 d'un portrait local sur certains indicateurs de santé et de bien-être de la population respective de chacune des MRC de la région.

De concert avec ses collègues des autres directions de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, c'est avec enthousiasme que la DSP relève le défi de la création des réseaux locaux. Ce défi, elle le relève en offrant par le présent Plan d'action une vision claire et structurée de la portion des services et interventions dont elle a la responsabilité, à savoir ceux de santé publique, tout en apportant un soutien tangible à l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique. Ce faisant, la DSP vise comme but ultime : « *[...] le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.* » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 1)

# *RÉFÉRENCES*


AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-III-R Manuel diagnostic et statistique des troubles mentau,* Masson Éditeurs, Paris, 1989, 624 pages.

ARCHAMBAULT, Josée. *Rompre avec l'abus? Étude sur les abus vécus par les personnes âgées en perte d'autonomie,* Rapport de recherche version intégrale, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2002, 124 pages.

BRODEUR, Jean-Marc, PAYETTE, Martin, OLIVIER, Marie et autres. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans,* Collection analyses et surveillance, Direction de santé publique Monréal-Centre et GRIS de l'Université de Montréal, gouvernement du Québec, 1998, 159 pages.

CENTRE JEUNESSE GASPÉSIE/LES ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Rapport statistique annuel,* Années 1998-1999, 1999-2000, 2001-2002 et 2002-2003.

CENTRE JEUNESSE GASPÉSIE/LES ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Statistiques sur les interventions réalisées dans le cadre de la Loi sur les jeunes contrevenants, 2001-2002 et 2002-2003,* Données inédites compilées pour les fins de ce document.

CÔTÉ, Jocelyne. *Dis-moi quel usage fais-tu de l'alcool et des drogues?* Étude sur les usages de psychotropes par les élèves du secondaire en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2002, 164 pages.

DAVELUY, Carole et autres. *Enquête sociale et de santé 1998,* Rapport provincial, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 642 pages.

DIONNE, Marc, LABRECQUE, Édith et Lyse ST-LOUIS. *Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la région de Québec. Défi à relever pour soutenir leur développement,* Direction de santé publique de Québec, 2000, 99 pages.

DIONNE, Suzanne et Sylvie JETTÉ. *L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices,* Ministère de la santé et des services sociaux, 2001, 61 pages.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Services de dépistage anonyme du VIH, mise à jour des données recueillies pour l'année financière 1999-2000 par les régies régionales,* 2001, 17 pages.

DUBÉ, Nathalie. *La consommation de médicaments du système nerveux central chez les personnes de 55 ans et plus de la MRC de Pabok en Gaspésie,* Rapport final, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Club de l'âge d'or de Newport, 1997, 182 pages.

DUBÉ, Nathalie et Christiane PAQUET. *Pour améliorer la santé et le bien-être en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine,* Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 1993, 95 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : portrait de la santé dentaire des élèves de 6e année,* Rapport final, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

ÉMOND, V. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs,* s.l., Institut national de santé publique du Québec, 2002, 16 pages.

ÉQUIPE RÉGIONALE DE SANTÉ AU TRAVAIL GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Rapport statistique et d'information 1992,* Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, octobre 1993, 22 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle,* Ministère de la santé et des services sociaux, 2001, 82 pages.

HACHÉ, Danielle. *Services de dépistage anonyme du VIH/SIDA Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, collecte de données 1er avril 2001 au 31 mars 2002,* Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2002.

HACHÉ, Danielle. *Services de dépistage anonyme du VIH/SIDA Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, collecte de données 1er avril 2002 au 31 mars 2003,* Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2003.

HAMEL, Marthe. *Expérimentation et évaluation d'un programme d'intervention précoce.* Rapport d'évaluation. Unité de santé publique, Centre hospitalier régional de Rimouski, Février 1994, 50 pages.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La violence envers les conjointes dans les couples québécois, 1998,* Direction Santé Québec, gouvernement du Québec, juin 2003.

LAMARCHE, P.A. et autres. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada,* Rapport préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), 2003.

LAST, John M. et Robert B. WALLACE. *Maxcy-Rosenau-Last Public health and preventive medicine,* Appleton and Lange, 13e Edition, 1992, 1257 pages.

LEMIEUX, Charles et Claude PARENT. *Enquête sociale et de santé 1998, rapport régional Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine,* Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2002, 632 pages.

LESSARD, Carolle. *Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 1993-1994 à 2000-2001,* Ministère de la santé et des services sociaux, 2002, 515 pages.

LOUCHINI, RABIA et coll. *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec de 1990 à 1999,* Collection analyses et surveillance, gouvernement du Québec, 2001, 279 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être,* gouvernement du Québec, 1992, 192 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012,* Direction générale de santé publique, gouvernement du Québec, 2003, 133 pages.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX ET INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE. *Flash VNO,* Volume 4, numéro 1, 10 juin 2003, 4 pages.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants,* Service de surveillance de l'état de santé de la population, Version du 12 février 2004.

MOTARD, Louise. *Violence conjugale, statistiques 2001,* Ministère de la sécurité publique, 2002.

PAQUET, Christiane et Louise ROY. *Plan d'action jeunesse pour la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine,* RRSSS GÎM, document de travail, janvier 2003, 191 pages.

PARENT, Raymond et coll. *Analyse des cas d'infection génitale à chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile 1997-2001,* Collection analyses et surveillance, gouvernement du Québec, 2003.

ROUSSEAU, Josée. *Quand les jeunes en parlent... Santé mentale et milieux de vie des jeunes de 15 à 24 ans en Gaspésie et aux Îles.* Rapport de recherche, version abrégée, Direction de santé publique Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, février 2000, 86 pages.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* 2001.

# *ANNEXE*

**Tous les professionnels de la DSP ont participé activement à l'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* dans leur domaine respectif. Voici la liste des professionnels ayant pris part à l'élaboration du Plan d'action régional de santé publique.**

***Traitement et analyse des données pour les états de situation régionale :***

Claude Parent, agent de recherche

**DOMAINE 1 : Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies infectieuses chez les jeunes et les familles**

Louise Boulay, maladies évitables par l'immunisation
Rachelle Cyr, cessation du tabagisme
Normand Durand, programmes PACE et PAAC
Sylvie Gagnon, santé dentaire
Rodrigue Gallagher, prévention du suicide
Danielle Haché, prévention des maladies transmissibles sexuellement
Yves Jalbert, maladies évitables par l'immunisation
Francine Maltais, services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance
Annie Robitaille, promotion de l'activité physique
Stéphane Ruel, services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance
Pascal Soucy, prévention du suicide
Christiane Ste-Croix, prévention et cessation du tabagisme
Sylvie St-Yves, prévention des grossesses à l'adolescence, prévention de la violence dans les relations amoureuses entre les jeunes

**DOMAINE 2 : Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes**

Rodrigue Gallagher, prévention du suicide
Suzanne Gérin-Lajoie, prévention du suicide
Daniel Leduc, prévention des toxicomanies
Pascal Soucy, prévention du suicide
Sylvie St-Yves, violence à l'endroit des femmes

**DOMAINE 3 : Les maladies chroniques et les habitudes de vie chez les adultes**

Rachelle Cyr, dépistage du cancer du sein et cessation du tabagisme
Wilber Deck, maladies chroniques
Annie Robitaille, promotion de l'activité physique
Christiane Ste-Croix, prévention et cessation du tabagisme

**DOMAINE 4 : Les traumatismes non intentionnels**

Normand Durand, prévention des traumatismes routiers et de la conduite avec facultés affaiblies
Charles Lemieux, prévention des chutes chez les personnes de 65 ans et plus
Annie Robitaille, prévention des traumatismes récréatifs et sportifs

**DOMAINE 5 : Les maladies infectieuses chez les adultes**

Louise Boulay, maladies évitables par l'immunisation
Danielle Haché, prévention des maladies transmissibles sexuellement
Yves Jalbert, maladies évitables par l'immunisation

**DOMAINE 6 : La santé environnementale**

Marie Chagnon, santé environnementale

**DOMAINE 7 : La santé au travail**

Daniel Smolla, coordonnateur santé au travail

**Contribution spéciale pour les données statistiques du Centre jeunesse :**

Chantal Cloutier, attachée de direction Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles